Santé Canada Health Canada

Lignes directrices canadiennes pour les MTS

Édition de 1998

Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Données de catalogage avant publication (Canada)

Groupe d'experts du Laboratoire de lutte contre la maladie
pour les lignes directrices canadiennes pour les MTS

Lignes directrices canadiennes pour les MTS

Publié aussi en anglais sous le titre :
Canadian STD Guidelines
ISBN 0-662-83212-4
N° de cat : H49-119/1998F

1. Maladies transmises sexuellement — Diagnostic.
2. Maladies transmises sexuellement — Traitement.
3. Maladies transmises sexuellement — Canada — Prévention.
I. Laboratoire de lutte contre la maladie (Canada). Division de la prévention et du contrôle des MTS.
II. Titre.

RA644.V4L4214 1998 616.95'1 C98-980327-9

Édition révisée de la *Mise à jour de* 1995 *des Lignes directrices canadiennes pour la prévention, le diagnostic, la prise en charge et le traitement des maladies transmises sexuellement chez les nouveau-nés, les enfants, les adolescents et les adultes.*

La présente publication est également disponible sur Internet à l'adresse suivante :
http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah

Toute modification est interdite. Ce document peut être photocopié sans autorisation préalable, la source doit êre citée.

On peut obtenir, sur demande, la présente publication sur
disquette, en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

Correspondance :
Division de la prévention et de la lutte contre les MTS
Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose
Laboratoire de lutte contre la maladie, immeuble Brooke-Claxton
Indice postal : 0900B1, pré Tunney
Ottawa (Ontario) Canada K1A 0K9
Fax. : (613) 957-0381

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada,
représentée par le ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 1998.

Santé Canada Health Canada

Lignes directrices canadiennes pour les MTS

Édition de 1998

Canada

Les Lignes directrices canadiennes pour les maladies transmises sexuellement (MTS) ont été rédigées par le **Groupe d'experts du Laboratoire de lutte contre la maladie** (LLCM).

Président	David Patrick, MD, British Columbia Centre for Disease Control Society, Vancouver
Co-présidente	Barbara Romanowski, MD, Alberta Health, Edmonton
Collaboration spéciale	Marc Steben, MD, RRSSS, Montréal-Centre, pour la révision de la version française
Rédactrice-réviseure	Maria Nengeh Mensah, MA, Montréal
Membres	Joanne Embree, MD, University of Manitoba, Winnipeg William Fisher, PhD, University of Western Ontario, London Noni MacDonald, MD, Université d'Ottawa, Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario Deborah Money, MD, University of British Columbia, Vancouver Rosanna Peeling, PhD, Laboratoire national pour les MTS, Winnipeg Sam Ratnam, PhD, Newfoundland Public Health Laboratory, St. John's Marc Steben, MD, Régie régionale de la santé et des services sociaux, Montréal-Centre Bruno Turmel, MD, Régie régionale de la santé et des services sociaux, Montréal-Centre Sylvie Venne, MD, Centre québécois de coordination sur le sida, Montréal

Avec l'aide de **Santé Canada :** Donald Sutherland, MD, Bureau du VIH/sida et des MTS; Louise Pilon, MD, Division de la prévention et du contrôle des MTS; Jo-Anne Doherty, MSc, LLCM, Louise Cormier, MCommH, et tous les membres de la Division de la prévention et du contrôle des MTS, Santé Canada, Ottawa.

Les lignes directrices présentées dans ce document reflètent les opinions du Groupe d'experts des *Lignes directrices canadiennes pour les maladies transmises sexuellement*. Il ne s'agit pas de règles mais plutôt de recommandations fondées sur les renseignements disponibles en juillet 1998.

PRÉFACE

Ces lignes directrices ont été élaborées pour refléter les changements survenus dans la pratique depuis la *Mise à jour de 1995* aux *Lignes directrices canadiennes pour la prévention, le diagnostic, la prise en charge et le traitement des maladies transmises sexuellement chez les nouveau-nés, les enfants, les adolescents et les adultes.* Chaque section des *Lignes directrices* a été revue et réécrite par des experts en MTS. Tous les chapitres ont été ensuite révisés et adoptés par consensus des membres du Comité d'experts aviseurs sur les MTS. Enfin, des société médicales ont eu l'opportunité de réviser la quatrième ébauche et d'y apporter leur appui.

Les corrections et l'édition finales du document ont été la responsabilité d'un groupe restreint du Comité aviseur. Les recommandations pour la prévention, le diagnostic, la prise en charge et le traitement des MTS reposent sur une analyse documentaire détaillée et sur l'expérience clinique. Pour ne pas allonger le texte et comme pour le précédent document, il a été convenu par les membres du Comité aviseur et les représentants de Santé Canada de ne pas inclure une bibliographie. Un document synthèse des Lignes directrices a été conçu pour faciliter la consultation. Intitulé *L'essentiel des Lignes directrices canadiennes – Édition de 1998,* il les accompagne.

COMMENT UTILISER CES LIGNES DIRECTRICES

- Les Lignes directrices canadiennes pour les MTS ont été rédigées à l'intention des dispensateurs de soins primaires, en particulier les médecins et les infirmières. Elles visent à faciliter la prévention et la prise en charge adéquate des maladies transmissibles sexuellement (MTS) au Canada.
- Il est à espérer que le mode de présentation de ce document permettra aux professionnels très occupés d'avoir accès rapidement à l'information dont ils ont besoin. Veuillez prendre le temps de voir comment est organisé le document.
  - La *Table des matières*, le *Tableau synoptique 1* (page 18) et le *Tableau synoptique 2* (page 20) devraient vous guider pour trouver l'information désirée. Vous constaterez que certains conseils et recommandations sont répétés. C'est intentionnel. S'il est nécessaire de vous reporter à une autre section, le numéro de page pertinent devrait être indiqué tout près.
  - Les zones ombragées en bleu indiquent les questions cliniques qui devraient faire l'objet d'une consultation auprès de collègues ayant une expertise dans le domaine.

REMERCIEMENTS

AUX COLLABORATEURS

Céline Bouchard, MD, Hôpital Saint-Sacrement, Québec; **William R. Bowie**, MD, University of British Columbia, Vancouver; **Robert Brunham**, MD, University of Manitoba, Winnipeg; **Max Chernesky**, MD, McMaster University, Hamilton; **Brian Conway**, MD, BC Centre for Excellence, Vancouver; **Jo-Anne Dillon**, PhD, Ottawa; **Alex Ferenczy**, MD, Université McGill/ Hôpital général juif, Montréal; **Jane Finlay**, MD, British Columbia Children's Hospital; **Jack Forbes**, MD, University of British Columbia; **Kevin Forward**, MD, Dalhousie University, Halifax; **Michel Fortier**, MD, Université Laval, Québec; **Gary Garber**, MD, Hôpital général d'Ottawa; **Barry D. Gaudette**, Laboratoire judiciaire central, GRC, Ottawa; **Ian Gemmill**, MD, médecin hygiéniste par intérim, Kingston, Frontenac, Lennox and Addington Health Unit, Kingston; **David A. Haasse**, MD, Dalhousie University; **Hugh Jones**, MD, BC Centre for Disease Control, Vancouver; **Richard Mathias**, MD, University of Bristish Columbia; **Dave Megran**, MD, Foothills Provincial General Hospital, Calgary; **Michael O'Shaughnessy**, PhD, BC Centre for Excellence; **Michael Rekart**, MD, BC Centre for Excellence; **Allan Ronald**, MD, University of Manitoba, Winnipeg; **Stephen Sacks**, MD, University of British Columbia; **Joe Sasadeusz**, MD, autrefois de Viridae Clinical Sciences, Vancouver; **Grant Stiver**, MD, University of British Columbia; **John Sellors**, MD, Dept. of Family Medicine, McMaster University, Hamilton; **Stephen Shafran**, MD, University of Alberta Hospital, Edmonton; **Ellen Wiebe**, MD, Vancouver Hospital, le comité des MTS/VIH de la Société canadienne de maladies infectieuses et tous les membres du comité aviseur MTS, CQCS, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.

AUX SOCIÉTÉS MÉDICALES

L'intéret et l'appui des contributeurs, des sociétés médicales ainsi que l'assistance des directions des Départements provinciaux et territoriaux de lutte et de prévention contre les MTS ont été extrêmement appréciés lors de la production de ces lignes directrices, et en particulier : l'**Association des infirmières et infirmiers du Canada** (Mary Ellen Jeans, PhD.), le **Conseil d'Information et d'éducation sexuelles du Canada** (Michael Barrett, PhD.), la **Société canadienne des maladies infectieuses** (John Conley, MD), le **Collège des médecins de famille du Canada** (Calvin Gutkin, MD), la **Fédération des médecins omnipraticiens du Québec** (Rénald Dutil, MD), la **Société des obstétriciens et gynécologues du Canada** (André Lalonde, MD), la **Société canadienne de pédiatrie** (Gilles Delage, MD), et l'**Association canadienne de Santé publique** (Gerald H. Dafoe, PhD.).

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE 3

REMERCIEMENTS 4

INTRODUCTION 15

Approche syndromique aux MTS 15
Diagnostic et prise en charge des syndromes transmis sexuellement 16
Recommandations relatives à la prise en charge 16
Importance du diagnostic en laboratoire 16
Abus et agression sexuels 17
Tableau synoptique 1 : Symptômes et signes évoquant certains syndromes transmissibles sexuellement 18
Tableau synoptique 2 : Diagnostic et prise en charge des MTS selon l'approche syndromique 20

PRÉVENTION PRIMAIRE DES MTS 31

Principes généraux 31
Sept points pratiques à l'intention des dispensateurs de soins primaires 31
Utilisation du condom 35
Obstacles à l'utilisation du condom et solutions 37
Lignes directrices sur les pratiques sexuelles à risques réduits 38
Progrès en vue 39

APPROCHE CLINIQUE POUR LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN CHARGE DES MTS 41

Indice de suspicion 41
Histoire de cas 42
Examen physique et prélèvement des échantillons 43
Éléments de l'examen physique et du prélèvement des échantillons chez les ADOLESCENTS ET LES HOMMES ADULTES 43
Éléments de l'examen physique et du prélèvement des échantillons chez les ADOLESCENTES ET LES FEMMES ADULTES 45
Considérations spéciales relativement au dépistage 47
Diagnostic selon le syndrome ou le micro-organisme 48
Éducation du patient et counselling 48
Notification aux partenaires, traitement et counselling des partenaires 49
Prise en charge de la co-morbidité 52

DIAGNOSTIC EN LABORATOIRE DES MTS 53

Prélèvement et transport des échantillons 53

Principes généraux 53
Prélèvement et acheminement des échantillons 53
Prélèvements urétraux 54
Prélèvements cervicaux 55
Prélèvements vaginaux 56
Prélèvements rectaux 57
Prélèvements pharyngés 57
Prélèvements des lésions 58
Préparation des frottis à colorer
(p. ex. coloration de Gram, immunofluorescence) 60
Transport des échantillons 61

Diagnostic en laboratoire
des infections gonococciques 62

Détection de diplocoques intracellulaires Gram négatif 62
Culture 62
Méthodes autres que les cultures 63

Diagnostic en laboratoire de la chlamydiose 64

Culture 64
Tests d'amplification des acides nucléiques 64
Tests au moyen de sondes nucléaires 64
Tests de détection des antigènes 65

Diagnostic en laboratoire des
infections à virus *Herpes simplex* (VHS) 66

Sérologie 66
Méthode de détection en laboratoire 67

Diagnostic en laboratoire de l'infection due
au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) 68

Sérologie 68
Interprétation de la sérologie de l'infection à VIH 70
Détection de l'antigène 71
Amplification des acides nucléiques et mesure de la charge virale 71
Culture 71

Diagnostic en laboratoire de la syphilis 72

Examen au microscope à fond noir/test des anticorps par fluorescence 72
Sérologie 72

PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENT DE SYNDROMES SPÉCIFIQUES 77

Urétrite 77

Définition 77
Étiologie 77
Caractéristiques diagnostiques 78
Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire – chez les adolescents et les adultes 78
Mises en garde 79
Prise en considération d'autres MTS 79
Prise en charge et traitement 79
Prévention 82
Déclaration des cas et notification aux partenaires 82
Suivi 83

Cervicite chez les adolescentes et les femmes adultes 84

Définition 84
Étiologie 84
Caractéristiques diagnostiques 85
Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire 85
Prise en considération d'autres MTS 86
Mises en garde 86
Prise en charge et traitement 87
Prévention 88
Déclaration des cas et notification aux partenaires 88
Suivi 88

Atteintes inflammatoires pelviennes 89

Définition 89
Étiologie 89
Épidémiologie 89
Caractéristiques diagnostiques 90
Prélèvement des échantillons 91
Diagnostic en laboratoire 91
Prise en considération d'autres MTS 92
Prise en charge 92
Considérations spéciales 93
Traitement 94
Traitement d'une AIP chez les femmes enceintes 96
Prévention 97
Déclaration des cas et notification aux partenaires 97
Suivi 98

Vulvo-vaginite chez
les adolescentes et les femmes adultes 99
Définition 99
Étiologie 99
Épidémiologie 100
Caractéristiques diagnostiques 101
Prélèvement des échantillons 102
Diagnostic en laboratoire et interprétation 103
Prise en considération d'autres MTS 104
Traitement 105
Déclaration des cas et notification aux partenaires 107
Suivi

Vaginite et vulvite prépubertaires 108
Définition 108
Étiologie 108
Caractéristiques diagnostiques 108
Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire 109
Prise en charge et traitement 110
Déclaration des cas et notification aux partenaires 112
Suivi 113

Épididymite chez les adolescents et les adultes 114
Définition 114
Étiologie 114
Épidémiologie 114
Caractéristiques diagnostiques 115
Mise en garde 115
Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire 115
Prise en considération d'autres MTS 116
Prise en charge et traitement 116
Prévention 116
Déclaration des cas et notification aux partenaires 117
Suivi 117

Prostatite chez les adolescents et les adultes 118
Définition 118
Étiologie 118
Épidémiologie 118
Caractéristiques diagnostiques 119
Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire 120
Mise en garde 120
Interprétation des résultats de laboratoire 120
Mises en garde 121
Prise en charge et traitement 121
Déclaration des cas et notification aux partenaires 122
Suivi 122

Ulcérations génitales 123
Définition 123
Étiologie/Épidémiologie 123
Caractéristiques diagnostiques 124
Manifestations (ulcères et vésicules) 124
Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire 125
Prise en considération d'autres MTS 125
Prise en charge 126
Traitement 127
Prévention 127
Déclaration des cas et notification aux partenaires 128
Suivi 128

Hépatite transmise sexuellement 129
Définition 129
Étiologie/Épidémiologie 129
Caractéristiques diagnostiques 131
Manifestations de la maladie 132
Diagnostic en laboratoire et interprétation de la sérologie de l'hépatite 132
Prise en considération d'autres MTS 133
Prise en charge d'un cas clinique d'hépatite 134
Prise en charge des partenaires sexuels 135
Prévention 136
Déclaration des cas et notification aux partenaires 138

Ophtalmie néonatale 139
Étiologie 139
Épidémiologie 139
Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire 139
Prise en charge et traitement 140
Prévention 142
Déclaration des cas, notification aux partenaires et suivi 143

Infections intestinales et entériques transmises sexuellement 144
Définitions des syndromes cliniques 144
Étiologie 145
Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire 145
Prise en considération d'autres MTS 147
Prise en charge et traitement de la rectite 147
Prévention 148
Déclaration des cas et notification aux partenaires 149
Suivi 149

PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENT DE CERTAINES MALADIES 151

Chlamydiose 151

Étiologie 151
Épidémiologie 151
Caractéristiques diagnostiques 151
Manifestations de la maladie 152
Diagnostic en laboratoire 153
Prélèvement des échantillons 153
Prise en considération d'autres MTS 154
Prise en charge 154
Traitement 154
Prévention 157
Déclaration des cas et notification aux partenaires 157
Suivi 158

Infections gonococciques 159

Étiologie 159
Épidémiologie 159
Caractéristiques diagnostiques 159
Manifestations de la maladie 160
Diagnostic en laboratoire 161
Prélèvement des échantillons 161
Transport 163
Prise en considération d'autres MTS 163
Prise en charge 164
Traitement 165
Prévention 169
Déclaration des cas et notification aux partenaires 169
Suivi 170

Syphilis 171

Étiologie 171
Épidémiologie 171
Caractéristiques diagnostiques 171
Manifestations de la maladie 172
Diagnostic en laboratoire 173
Prélèvement des échantillons 174
Prise en considération d'autres MTS 174
Prise en charge 175
Traitement 177
Désensibilisation à la pénicilline 178
Considérations spéciales 179
Prévention 181
Déclaration des cas et notification aux partenaires 181
Suivi 182

Infections génitales à virus *Herpes simplex* (VHS) 184
Étiologie 184
Épidémiologie 184
Histoire naturelle 184
Caractéristiques diagnostiques 184
Considérations spéciales dans le cas des enfants et des nouveau-nés 185
Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire 186
Prise en considération d'autres MTS 187
Traitement 188
Prévention 190
Prise en charge 190
Déclaration des cas et notification aux partenaires 191
Suivi 192

Condylomes et infections génitales à virus du papillome humain (VPH) 193
Étiologie 193
Épidémiologie 193
Caractéristiques diagnostiques 193
Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire 194
Prise en considération d'autres MTS 195
Prise en charge et traitement 195
Prévention 198
Déclaration des cas, notification aux partenaires et suivi 199

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et sida chez les adolescents et les adultes 200
Épidémiologie 200
Caractéristiques diagnostiques 200
Manifestations de la maladie chez les jeunes et les adultes 201
Diagnostic en laboratoire – recherche des anticorps anti-VIH 202
Counselling pré-test et post-test 203
Prévention 206
Déclaration des cas et notification aux partenaires 207
Traitement et suivi 208

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez les enfants 210
Épidémiologie 210
Caractéristiques diagnostiques 210
Diagnostic en laboratoire – recherche des anticorps anti-VIH 211
Traitement 212
Prévention primaire 214
Déclaration des cas et notification aux partenaires 215
Suivi 215

Ectoparasitoses 216
Pédiculose pubienne (morpions) 216
Étiologie/Épidémiologie 216
Manifestations 216
Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire 216
Prise en charge 216
Traitement 217
Gale 217
Étiologie/Épidémiologie 217
Manifestations 217
Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire 218
Prise en charge 218
Traitement 218
Déclaration des cas et notification aux partenaires 219
Suivi 219

MTS ET GROSSESSE 221

Principes généraux 221
Interruption volontaire de la grossesse 222
Insémination artificielle 222

Prise en charge des MTS durant la grossesse 223
Chlamydiose 223
Condylomes et infections génitales à virus du papillome humain (VPH) 223
Ectoparasitoses 224
Hépatites transmises sexuellement 224
Infections génitales à virus *Herpes simplex* (VHS) 227
Infections gonococciques 228
Syphilis 228
Trichomonase 228
Vaginose bactérienne 229

Infection à VIH et grossesse 229
Offre universelle du test anti-VIH et du counselling 229
Prise en charge 231
Traitement 231

ABUS ET AGRESSIONS SEXUELS 233

Abus sexuels des enfants 233
Définition 233
Épidémiologie 233
Indications pour le dépistage des MTS 234

Orientation 234
Évaluation 234
Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire 237
Prise en charge et traitement 242
Déclaration des cas et notification aux partenaires 243
Suivi 243

Agression sexuelle contre les adolescents et les adultes 244

Définition 244
Épidémiologie 244
Évaluation 244
Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire 245
Prise en charge 248
Suivi 249

CONSIDÉRATIONS PROPRES À DES GROUPES SPÉCIAUX 251

Personnes atteintes de MTS à répétition 251

Noyaux de transmetteurs 251
Personnes atteintes de MTS à répétition 251
Stratégies de contrôle 251
Travailleurs de l'industrie du sexe 253

Hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes 255

Histoire sexuelle 255
Examen physique 255
Épreuves de laboratoire 256
Traitement et suivi 256
Prévention 256

Voyageurs 257

Risque 257
Prévention 258

Adolescents et jeunes de la rue 259

Adolescents 259
Jeunes de la rue 260
Aspects spéciaux de la prise en charge 261

ANNEXES 263

I : Échelle de maturité sexuelle de Tanner 263
II : Sensibilité et spécificité des épreuves de laboratoire 265
III : Preuve médico-légale et services de médecine légale 267
Laboratoires judiciaires 270
IV : Centres pour enfants atteints de MTS 271
V : Directeurs provinciaux et territoriaux des services de lutte contre les MTS 274
VI : Laboratoires provinciaux 276

INTRODUCTION

Ce document présente les recommandations canadiennes pour la prévention, le diagnostic, la prise en charge et le traitement des MTS lorsqu'une personne consulte pour la première fois le système de santé.

APPROCHE SYNDROMIQUE AUX MTS

- Habituellement, les personnes qui consultent les dispensateurs de soins présentent des symptômes et des signes physiques qui peuvent constituer un syndrome clinique, p. ex. une urétrite, une atteinte inflammatoire pelvienne (AIP).
- Le diagnostic d'un syndrome en fonction de critères standardisés permet de prédire la présence éventuelle d'un pathogène particulier et de mettre en route le traitement empirique approprié lors de la première consultation plutôt qu'après confirmation des résultats par le laboratoire de microbiologique. Le *Tableau synoptique 1* à la page 18 énumère les symptômes et les signes évoquant certains syndromes de MTS.
- La prise en charge fondée uniquement sur le syndrome n'est cependant pas satisfaisante parce que les infections causées par des micro-organismes pathogènes importants comme *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* peuvent exister sans s'accompagner de signes ou symptômes. Bien qu'on puisse soupçonner l'existence d'une infection à cause de la maladie d'un partenaire ou de la présence d'une autre MTS, il faut des épreuves de laboratoire spécifiques pour en établir le diagnostic. Le diagnostic d'après le syndrome et le diagnostic d'après les analyses de laboratoire sont donc deux volets importants et complémentaires de la prise en charge des MTS.

DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DES SYNDROMES TRANSMIS SEXUELLEMENT

- Le présent document fournit des détails au sujet du diagnostic et de la prise en charge des syndromes transmis sexuellement pour différents groupes d'âge. Le chapitre sur l'*Approche clinique pour le diagnostic et la prise en charge des maladies transmises sexuellement* (page 41) contient des lignes directrices pour l'évaluation et la prise en charge optimales des cas suspects de MTS.
- Lorsque le dispensateur de soins évalue les patients et discute avec eux, il est extrêmement important qu'il se montre empathique et évite de porter un jugement, qu'il leur parle de façon claire en utilisant des mots que ceux-ci peuvent comprendre et qu'il garde les renseignements confidentiels.
- Il faut toujours utiliser les précautions universelles qui s'imposent lorsqu'on effectue un examen.

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRISE EN CHARGE

- Comme les dispensateurs de soins n'ont pas également accès à des services de laboratoire, trois scénarios sont présentés pour la prise en charge recommandée des syndromes :
  - la situation idéale, où l'on peut obtenir les résultats d'une coloration de Gram durant l'évaluation initiale
  - les cas où l'on ne peut obtenir les résultats de la coloration de Gram lors de l'évaluation initiale
  - les cas où une prise en charge est requise peu importe les résultats des épreuves de laboratoire.

IMPORTANCE DU DIAGNOSTIC EN LABORATOIRE

- Tous les dispensateurs de soins devraient avoir accès à des tests pour le diagnostic des infections dues à *C. trachomatis*, à *N. gonorrhoeae* et au virus *Herpes simplex* (VHS), de l'infection par le virus du papillome humain (VPH) et de ses complications, ainsi que des infections dues à *Treponema pallidum* et au virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Il faut à tout le moins avoir accès à des services de laboratoire pour des colorations de Gram.
- Il faut avoir accès à des services de laboratoire de base, notamment pour des frottis colorés au moment de l'évaluation du malade, afin d'éviter dans certains cas qu'un surtraitement ne soit instauré ou un sous-diagnostic pour d'autres.

- La coloration de frottis de sécrétions (p. ex. coloration de Gram) est une technique simple, rapide et peu coûteuse et elle permet de détecter la réponse des leucocytes polynucléaires (PN) et parfois d'identifier les bactéries présentes dans les sécrétions (p. ex. *N. gonorrhoeae*). Des lignes directrices sur le prélèvement et le transport des échantillons sont présentées dans le chapitre sur le *Diagnostic en laboratoire* (page 53).
- Suivant le tableau clinique, il peut être plus ou moins important d'obtenir des analyses microbiologiques spécifiques. Il est toutefois fortement recommandé de faire faire si possible des analyses microbiologiques spécifiques, soit au moyen d'une culture ou d'une épreuve autre que la culture, dans les cas suivants :
  - pour l'évaluation d'un cas soupçonné d'abus sexuel à l'endroit d'un enfant
  - pour l'évaluation d'un cas d'agression sexuelle
  - pour le dépistage d'une infection asymptomatique
  - pour l'évaluation des cervicites, des atteintes inflammatoires pelviennes ou des vulvo-vaginites
  - lorsque le diagnostic est incertain
  - lorsqu'il peut s'agir d'un micro-organisme résistant aux antimicrobiens
  - lorsque le traitement d'une infection confirmée par le laboratoire de microbiologie n'a pas été efficace
  - pour le traitement des partenaires sexuels asymptomatiques d'une personne présentant un syndrome transmis sexuellement.
- D'autres circonstances peuvent justifier le recours à des analyses microbiologiques extensives, mais cette solution n'est pas toujours la plus rentable (p. ex. les épreuves pour le diagnostic d'une infection à *C. trachomatis* chez un sujet de sexe masculin souffrant d'une urétrite classique).
- Que des analyses de laboratoire soient effectuées ou non dans le cas d'un patient qui présente un syndrome transmis sexuellement, le dispensateur de soins doit veiller à ce que le partenaire soit avisé.

ABUS ET AGRESSION SEXUELS

- Lorsqu'on détecte une MTS ou un syndrome transmis sexuellement chez un enfant impubère ou un adolescent qui n'est pas sexuellement actif, il faut chercher à savoir si le sujet a été victime d'abus sexuels. Le chapitre *Abus et agression sexuels* (page 233) fournit certaines indications ainsi qu'une liste des contacts pour obtenir l'information la plus récente sur les prélèvements les plus adéquats pour fins d'expertises médico-légales dans les cas d'abus d'enfant ou d'agressions sexuelles chez les jeunes et les adultes.

Tableau synoptique 1 :
Symptômes et signes évoquant certains syndromes transmis sexuellement

Signes / Symptômes	Voir section sur (page) :
Garçons impubères	
■ Écoulement urétral, brûlures mictionnelles, prurit urétral ou méatal, énurésie	■ l'urétrite (77)
■ Lésions ou ulcères génitaux douloureux; adénopathie inguinale douloureuse	■ les ulcérations génitales (123)
■ Lésions génitales indolores avec ou sans adénopathie inguinale.	■ les ulcérations génitales (123) ■ les condylomes et l'infection à VPH (193).
Adolescents et hommes adultes	
■ Écoulement urétral, brûlures mictionnelles, prurit urétral ou méatal	■ l'urétrite (77)
■ Douleurs ou œdème scrotaux unilatéraux aigües	■ l'épididymite (114)
■ Lésions ou ulcères génitaux douloureux, adénopathie inguinale douloureuse	■ les ulcérations génitales (123)
■ Lésions génitales indolores avec ou sans adénopathie inguinale.	■ les ulcérations génitales (123) ■ les condylomes et l'infection à VPH (193).
Fillettes impubères	
■ Perte vaginale, prurit, irritation périanale	■ la vaginite prépubertaire (108)
■ Lésions ou ulcères génitaux douloureux, adénopathie inguinale douloureuse	■ les ulcérations génitales (123)
■ Lésions génitales indolores avec ou sans adénopathie inguinale.	■ les ulcérations génitales (123) ■ les condylomes génitaux et l'infection à VPH (193).

Signes / Symptômes	Voir section sur (page) :
Adolescentes et femmes adultes	
■ Perte vaginale, odeur, prurit génital, dyspareunie à l'introït us, dysurie externe	■ la vulvo-vaginite chez les adolescentes et les femmes adultes (99)
■ Apparition récente de douleurs abdominales, saignements vaginaux inhabituels, dyspareunie profonde, avec ou sans écoulement vaginal	■ la cervicite (84)
■ Lésions ou ulcères génitaux douloureux, adénopathie inguinale douloureuse	■ les atteintes inflammatoires pelviennes (89)
■ Lésions génitales indolores avec ou sans adénopathie inguinale	■ les ulcérations génitales (123)
■ Dysurie interne, pollakiurie, hématurie, nycturie, miction impérieuse.	■ les ulcérations génitales (123)
	■ les condylomes et l'infection à VPH (193)
	■ l'urétrite (77) ou l'infection urinaire.

Note : Si l'on soupçonne l'existence d'une MTS ou d'un syndrome transmis sexuellement chez un enfant impubère ou un adolescent qui n'est pas sexuellement actif, il faut procéder à une évaluation pour dépister les cas d'agression ou d'abus sexuels. (Voir page 233)

Tableau synoptique 2 :
Diagnostic et prise en charge des MTS selon l'approche syndromique

Syndrome	Qui	Organismes et cause	Symptômes et signes
AUCUN SYMPTÔME MAIS À RISQUE	**À risque :** ■ hommes et femmes actifs sexuellement < 25 ans **Risque élevé :** ■ contact avec un cas connu de MTS ■ jeune de la rue et/ou usage de drogues ■ relations sexuelles non protégées ■ nouveau ou > 2 partenaires dans les 6 derniers mois ■ hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HRSH) ■ diagnostic antérieur de MTS.	*Chlamydia trachomatis* *Neisseria gonorrhoeae* Virus de l'*Herpes simplex* (VHS) Virus du papillome humain Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) Virus de l'hépatite A, surtout chez les HRSH Virus de l'hépatite B Virus de l'hépatite C, en particulier chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI) Autres	Aucun **OU** discrets
URÉTRITE ET CERVICITE	**À risque :** ■ hommes et femmes actifs sexuellement < 25 ans. **Risque élevé :** ■ sexuellement actif **et** ■ contact avec un cas connu de MTS ■ jeune de la rue et usage de drogues ■ nouveau partenaire ou > 2 partenaires au cours des 6 derniers mois.	*Chlamydia trachomatis* *Neisseria gonorrhoeae* *Trichomonas vaginalis* Virus de l'*Herpes simplex* (VHS) Autres **Cause urétrite mais non cervicite :** *Mycoplasma hominis* *Ureaplasma urealyticum*	**Hommes :** ■ écoulement urétral ■ sensation de brûlure à la miction ■ irritation au niveau de l'urètre distale ou de méat ■ pyurie inexpliquée **Femmes :** ■ pertes génitales ■ douleurs abdominales basses d'apparition récente ■ saignements intermenstruels ■ écoulement cervical purulent ou mucopurulent ➲ douleurs abdominales

Note : Les patients peuvent souffrir de plus d'une MTS; le tableau qui suit ne donne qu'un aperçu général des examens possibles et réfère aux pages pertinentes où l'on trouvera plus d'information. Dans bien des cas, le dépistage d'autres MTS devrait être effectué.

Particularités diagnostiques	Prélèvements et tests	Traitement	Traitement des contacts
Si le contact sexuel est survenu < 1 semaine auparavant, il est possible que les tests ne soient pas encore positifs. **Note :** La séroconversion au HIV peut prendre jusqu'à 3 mois.	Écouvillonnages cervicaux/urétraux OU échantillon d'urine pour *C. trachomatis* Écouvillonnages cervicaux/urétraux pour *N. gonorrhoeae* si « risque élevé » Recherche d'ulcères/pales Test pour le VHS en présence de lésions Test et counselling pour le VIH **Femmes :** ■ examen pour douleurs abdominales ■ test de Papanicolaou si > 1 an depuis le dernier ■ test de grossesse si aménorrhée	En cas de contact connu avec une personne atteinte d'une MTS, même traitement que le cas index. Autrement, traiter selon les résultats des tests de dépistage. Envisager l'immunisation contre l'hépatite B pour toutes les personnes « à risque », et l'immunisation contre l'hépatite A pour les HRSH.	Si les tests sont positifs, traiter en conséquence.
Hommes : ■ ≥ 4 polynucléaires (PN) par champ microscopique à immersion du frottis coloré par la méthode de Gram. **Femmes :** ■ les signes sont plus faciles à détecter en dehors des ménstruations ■ un écoulement cervical mucopurulent chez les femmes à « risques élevé » (**OU** lorsque le suivi est incertain) peut être suffisant pour un traitement présomptif.	**Hommes** : *Écouvillonnages urétraux pour :* ■ coloration de Gram, culture pour *N. gonorrhoeae*, test pour *C. trachomatis* Alternatif pour *C. trachomatis* : PCR sur urine **Femmes :** *Écouvillonnage endocervical pour :* ■ mesure du pH, recherche odeur d'amine, préparation à l'état frais, coloration de Gram. *Écouvillonnage endocervical pour :* ■ coloration de Gram, culture de *N. gonorrhoeae*, test pour *C. trachomatis* Alternatif pour *C. trachomatis* : PCR sur urine.	≥ **9 ans:** ■ céfixime, 400 mg *per os* **en dose unique** **PLUS** azithromycine, 1 g *per os* en dose unique **OU** doxycyline, 100 mg *per os* bid pendant 7 jours. **Hommes < 9 ans :** (la cervicite n'est jamais observée chez les fillettes prépubères) ■ céfixime, 8 mg/kg *per os* en dose unique (max. 400 mg) **PLUS** azithromycine, 10-15 mg/kg *per os* en dose unique (max. 1 g).	Traiter tous les partenaires qui ont eu des contacts sexuels avec le cas primaire dans les 60 jours au moins avant l'apparition des symptômes avec : ■ céfixime, 400 mg **PLUS** azithromycine, 1 g en doses uniques. Les patients et les contacts devraient s'abstenir d'avoir des relations sexuelles non protégées jusqu'à 7 jours après la fin du traitement des deux partenaires.

Syndrome	Qui	Organismes et cause	Symptômes et signes
ATTEINTES INFLAMMATOIRES PELVIENNES (AIP)	**À risque :** ■ femmes active sexuellement. **Risque élevé :** ■ jeunes < 25 ans ■ épisode antérieur d'AIP ■ intervention génitale haute récente ■ présence d'un stérilet	*Neisseria gonorrhoeae* *Chlamydia trachomatis* Bacilles Gram négatif avec bactéries anaérobies	➲ **Surtout discrets** ■ douleurs abdominales basses ■ dyspareunie profonde ■ saignements anormaux ■ sensibilité à la mobilisation du col ou sensibilité des annexes ■ présence possible de douleurs dans l'hypochondre droit ■ cervicite chez 30 % ou moins ■ fièvre dans les cas sévères seulement (< 40 %) ■ masse annexielle dans les cas compliqués.
ÉPIDIDYMITE	**Risque élevé :** ■ hommes > 35 ans	Bactéries à Gram négatif (augmentation chez les hommes > 35 ans). *Chlamydia trachomatis* *Neisseria gonorrhoeae*	■ tuméfaction et/ou douleur unilatérale du scrotum, maximale au-dessus de la tête de l'éididyme, parfois bilatérale ■ parfois érythème et oedème de la peau sous-jacente ■ avec ou sans écoulement ■ rougeurs, oedème et fièvre, seulement dans les cas sévères.

Particularités diagnostiques	Prélèvements et tests	Traitement	Traitements des contacts
➲ Être à l'affût La sensibilité à la mobilisation du col ou des annexes est suffisante pour porter le diagnostic mais n'est pas spécifique. Une échographie négative ne permet pas d'écarter ce diagnostic. **Hospitaliser si :** ■ on ne peut exclure une urgence chirurgicale ■ on trouve un abcès tubo-ovarien ■ l'atteinte est grave ■ la médication orale est inefficace ■ le suivi est incertain. ***Envisager l'hospitalisation si :*** ■ infection à VIH, jeune (si l'observance du traitement est incertaine), grossesse.	Test de grossesse (urine ± sérum) pour écarter une grossesse ectopique. **Écouvillonnage vaginal pour :** ■ mesure du pH, odeur d'amine, préparation à l'état frais, coloration de Gram. **Écouvillonnage endocervical pour :** ■ culture pour *N. gonorrhoeae*, test pour *C. trachomatis* Alternatif pour *C. trachomatis* : PCR sur urine Envisager une biopsie de l'endomètre leucocytaire. La numération leucocytaire peut être élevée si la patiente est fébrile. Échographie si l'on soupçonne un abcès tubo-ovarien.	Les femmes qui suivent bien le traitement peuvent recevoir un traitement oral uniquement. Réévaluer toutes les patientes le troisième jour du traitement. Si aucune amélioration n'est observée, consulter un collègue ayant de l'expérience dans ce domaine. **Traitement IV :** ■ céfoxitine, 2 g IV toutes les 8 heures **PLUS** doxycycline, 100 mg IV ou *per os* bid (les deux pendant au moins 48 heures). **Faire suivre par :** ■ céfixime, 400 mg *per os* bid **PLUS** doxycycline, 100 mg *per os* bid pour compléter le traitement adminstré à 14 jours. **Traitement oral :** ■ céfixime, 800 mg *per os* en dose unique **PLUS** doxycycline, 100 mg *per os* bid pendant 14 jours. Voir les pages 89-98 pour d'autres traitements.	Traiter tous les partenaires qui ont eu des contacts sexuels avec le cas index pendant au moins 60 jours avant l'apparition des symptômes avec : ■ céfixime, 400 mg **PLUS** azithromycine, 1 g *per os* en doses uniques. Les patients et les contacts devraient s'abstenir d'avoir des relations sexuelles non protégées jusqu'à au moins 7 jours après la fin du traitement des deux partenaires.
➲ Apparition soudaine : s'il y a possibilité de torsion du testicule, il s'agit d'une urgence chirurgicale.	**Écouvillonnage urétral pour :** ■ coloration de Gram, culture pour *N. gonorrhoeae*, test pour *C. trachomatis* Alternatif pour *C. trachomatis* : PCR sur urine. Échantillon d'urine mi-jet pour la recherche d'un pathogène causant une infection des voies urinaires.	**Due à *N. gonorrhoeae* / *C. trachomatis* :** ■ céfixime, 800 mg *per os* en une seule dose **PLUS** doxycycline, 100 mg bid pour 10 jours. **Due à un organisme entérique :** ■ ofloxacine, 300 mg *per os* bid pendant 10 jours.	Traiter tous les partenaires qui ont eu des relations sexuelles avec le cas index dans les 60 jours au moins précédant l'apparition des symptômes avec : ■ céfixime, 400 mg *per os* en dose unique **PLUS** azithromicyne 1 g oralement en dose unique. Les patients et les contacts devraient s'abstenir d'avoir des relations sexuelles non protégées si l'infection a été transmise sexuellement jusqu'à 7 jours après la fin du traitement des deux partenaires.

Syndrome	Qui	Organismes et cause	Symptômes et signes
LÉSIONS GÉNITALES PAPULEUSES	**À risque :** ■ hommes et femmes actifs sexuellement	Virus du papillome humain (VPH) *Molluscum contagiosum* Acrochordons Cancer	■ excroissances sur la peau ou les muqueuses de la région ano-génitale (Condylome acuminé), souvent multiples et polymorphes ■ les molloscums peuvent guérir spontanément en 2 ou 3 mois et laisser ou non des cicatrices; l'infection peut durer plus longtemps et nécessiter un traitement ■ non-inflammatoires
RECTITE	**Risque élevé :** ■ hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes ■ antécédents de relations sexuelles anales réceptrices et/ou orales-anales.	*Neisseria gonorrhoeae* *Chlamydia trachomatis* Virus de l'*Herpes simplex* (VHS) *Treponema pallidum* (syphilis) Autres	■ douleur ano-rectale ■ avec/sans écoulement ■ ténesme ■ érythème et ulcération des muqueuses à la rectoscopie ■ pus ■ possibilité de lésions herpétiques périanales avec adénopathies inguinales.

Particularités diagnostiques	Prélèvements et tests	Traitement	Traitements des contacts
Souvent sub-cliniques ou cliniques mais asymptomatiques. **Verrues :** ■ en chou-fleur ■ habituellement asymptomatiques ■ peuvent saigner et être prurigineuses **Molluscum :** ■ papule(s) circulaire(s) ombiliquée(s) **Cancer :** ■ lésion chronique surtout associée à une ulcération ou une pigmentation irrégulière.	Examen direct des organes génitaux externes, avec une loupe ou un colposcope. **Femmes :** ■ Test de Papanicolaou si > 1 an depuis le test précédent. ➲ Si anormal, orienter vers un collègue ayant de l'expérience dans ce domaine. ➲ Biopsie si l'on soupçonne un cancer.	**VPH :** ■ surtout pour des raisons esthétiques ou pour le soulagement des symptômes. Le traitement n'élimine pas le portage, les récidives ou la contagiosité du VPH. **Conservateur :** ■ traitement local avec de l'azote liquide ou de la podophyllotoxine. Voir les pages 193-199 pour d'autres traitements.	Il faut rappeler à toutes les femmes la nécessité de subir régulièrement un test de Papanicolaou : ■ chaque année jusqu'à l'obtention de 2 frottis normaux consécutifs, ensuite ■ tous les 2 ou 3 ans, selon les lignes directrices locales. Les patients et les contacts devraient s'abstenir de toute activité sexuelle pendant que les verrues sont présentes et informer leur(s) partenaire(s) qu'ils ont des verrues génitales.
Plusieurs pathogènes peuvent être présents en même temps. En présence de diarrhée ou de crampes abdominales, consultez un collègue qui possède de l'expérience dans ce domaine.	Écouvillonnage rectal pour *C. trachomatis*/*N. gonorrhoeae* (les épreuves EIA/DFA ne sont pas recommandées pour l'anus). Écouvillonner les lésions suspectes pour un test diagnostique du VHS. Sérologie de la syphilis. Écouvillonnage rectal pour une coloration de Gram. Tenter de réduire au minimum la contamination des écouvillons par des selles.	**Si aucune évidence de VHS :** Traiter pour une rectite due à *N. gonorrhoeae*/*C. trachomatis* : ■ céfixime, 400 mg **PLUS** azithromycine, 1 g *per os* en doses uniques. Si indication de VHS : ■ traiter comme l'infection à VHS (voir **Ulcérations génitales**, page 26).	Faire subir un test pour *C. trachomatis*/*N. gonorrhoeae* et, s'il y a lieu, traiter tous les contacts au cours des 60 derniers jours au moins avec : ■ céfixime, 400 mg **PLUS** azithromycine, 1 g *per os* en doses uniques. Les patients et les contacts devraient s'abstenir d'avoir des relations sexuelles non protégées jusqu'à au moins 7 jours après la fin du traitement des deux partenaires.

Syndrome	Qui	Organismes et cause	Symptômes et signes
ULCÉRATIONS GÉNITALES	**Risque élevé :** ■ ulcérations génitales ou MTS antérieures ■ contact avec des travailleurs du sexe ■ nouveau partenaire au cours des 6 mois précédents ■ relations sexuelles avec une personne originaire d'un pays ou vivant dans un pays où la syphilis ou le chancre mou sont endémiques ■ contact avec un cas connu d'ulcération génitale.	Virus de l'*Herpes simplex* (VHS) *Treponema pallidum* (syphilis) *Haemophilus ducreyi* (chancre mou) Le lymphogranulome vénérien et le granulome inguinal sont très rares à moins que la personne ait eu des relations sexuelles avec une personne originaire d'un pays où ces maladies sont endémiques. Ulcères non infectieux.	**Herpès génital :** ■ la majorité des cas de VHS peuvent présenter des signes / symptômes discrets ou non reconnus. **➲ Être à l'affût en présence de :** ■ vésicules multiples regroupées → ulcères circulaires superficiels ■ bords lisses et base érythémateuse ■ lésions peu profondes Si les lésions sont atypiques, voir l'*Arbre de décision pour les ulcérations génitales* dans l'*Essentiel des Lignes directrices canadienne – Édition de 1998*.
			Syphilis : ■ papule → chancre ■ indurée avec exsudat séreux ■ un seul chancre dans 70 % des cas ■ bords et base lisses.

Particularités diagnostiques	Prélèvements et tests	Traitement	Traitements des contacts
Herpès génital : ■ ulcères typiques habituellement douloureux ■ douleur dans la région génitale ■ augmentation du volume des ganglions lymphatiques inguinaux, non fluctuants et sensibles ■ fièvre et malaise (surtout lors de la primo-infection).	**Herpès génital :** ■ Écouvillonner la base d'une vésicule décapée ou d'un nouvel ulcère pour une culture du VHS. ■ Les diagnostics qui ne sont pas fondés sur une culture sont moins exacts. ■ Toujours faire subir un test pour la syphilis.	➲ Le traitement topique n'a aucune valeur. **Herpès génital :** Premier épisode : ■ acyclovir, 400 mg tid pendant 5 à 7 jours **OU** famciclovir, 250 mg tid pendant 5 à 7 jours **OU** valacyclovir, 500-1000 mg bid pour 5 à 7 jours Herpès génital récurrent avec prodrome : ■ acyclovir, 400 mg tid pour 5 jours **OU** famciclovir, 125 mg bid pour 5 jours **OU** valacyclovir, 500 mg bid pour 5 jours Traitement suppressif prolongé : ■ acyclovir, 400 mg bid *per os* chaque jour **OU** famciclovir, 250 mg bid *per os* chaque jour **OU** valacyclovir, 500 mg *per os* (1 ou 2 doses).	Les patients et leurs contacts devraient s'abstenir de toute activité sexuelle pendant que les lésions sont présentes et informer leurs partenaires sexuels qu'ils ont des ulcères génitaux. **Herpès génital :** ■ donner du counselling et expliquer l'histoire naturelle de la maladie ■ il faut expliquer l'excrétion asymptomatique, la transmission sexuelle et le risque d'infection néonatale.
Syphilis : ■ ulcères souvent indolores ■ ganglions souvent fermes, hypertrophiés, non mobiles et non sensibles.	**Syphilis :** ■ la sérologie de la syphilis devrait inclure un test non tréponémique (p. ex., RPR ou VDRL) et au moins une réaction tréponémique spécifique (p. ex., TP-PA, MHA +/- FTA) ■ obtenir un échantillon de la sérosité pour examen au microscope à fond noir ou test de fluorescence.	**Syphilis :** ■ pénicilline benzathine G 2,4 à 7,2 millions UIM (selon le stade de la maladie)	**Syphilis :** Tous les partenaires qui ont eu des contacts sexuels avec le cas index au cours des 3 à 12 mois précédents (selon le stade de la maladie) doivent être retrouvés, subir des tests et recevoir les traitements appropriés.

Syndrome	Qui	Organismes et cause	Symptômes et signes
INFECTION DUE AU VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (VIH)	Toutes les femmes enceintes devraient se voir offrir le test de dépistage du VIH et le counselling. **Risque élevé :** Les bébés nés de mères infectées par le VIH Les jeunes et les adultes qui ont : ■ des relations sexuelles non protégées ■ des relations sexuelles avec une personne qu'on sait infectée par le VIH ■ de multiples partenaires sexuels ■ des relations sexuelles anales ■ partagé des seringues ■ déjà eu une hépatite B ou une autre MTS ■ et les jeunes de la rue Des personnes originaires de pays où le VIH est endémique.	Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	➲ La plupart des cas sont asymptomatiques.
PERTES GÉNITALES	**À risque :** ■ toute femme pubère	Vaginose bactérienne (VB) Levures *Trichomonas vaginalis* (maintenant plus rare) Autre / perte physiologique	**VB :** ■ odeur d'amine (poisson), plus intense après les rapports sexuels ■ pertes **Levures :** ■ prurit / rougeur ■ pertes blanches grumeleuses ***T. vaginalis* :** ■ prurit / rougeur ■ pertes

Particularités diagnostiques	Prélèvements et tests	Traitement	Traitements des contacts
La séroconversion peut être accompagnée de symptômes pseudo-grippaux, d'expanthème et d'adénopathie. **Les symptômes de l'infection peuvent inclure :** ■ fièvre inexpliquée et persistante, diarrhée, toux sèche, perte de poids, fatigue ■ adénopathie généralisée ■ candidose cutanéo-muqueuse récurrente ■ nouvelles lésions nodulaires cutanées ou muqueuses de couleur rouge / violacée (SK) ■ encéphalopathie ■ zona ■ arrêt ou retard de croissance chez un enfant en bas âge.	Il faut faire subir un test pour le VIH à toute personne qui en fait la demande. La recherche des anticorps anti-VIH devrait être effectuée seulement avec le consentement du patient et il faut assurer un counselling pré-test et post-test approprié. **Enfants :** ■ les médecins doivent expliquer clairement la nécessité de faire subir le test à l'enfant et les répercussions d'un résultat positif pour la mère ■ il faut avoir recours à une technique de détection directe de l'antigène du VIH (p. ex., PCR) pour diagnostiquer une infection à VIH chez les bébés de < 18 mois, nés d'une mère séropositive pour le VIH.	Il s'agit d'une question de plus en plus complexe étant donné les changements rapides des traitements disponibles. Les recommandations pour un patient donné doivent être faite en collaboration avec un collègue ayant une expertise dans ce domaine. **Traitement antirétroviral :** ■ il est souhaitable d'utiliser au moins 3 médicaments (éviter la monothérapie). **Prophylaxie :** ■ pneumonie à *Pneumocystis carinii* (PCP) ■ complexe *Mycobacterium avium* (CMA) ■ par immunisation ■ des infections secondaires	Il faudrait offrir du counselling et un test de dépistage aux partenaires sexuels du sujet et aux personnes avec qui il a partagé des seringues.
Si les épisodes sont récurrents ou tous les tests sont négatifs, adresser vers un collègue expérimenté. **VB** : ■ ph > 4,5 ■ test au KOH : odeur d'amine positif ■ microscopie : « clue cells » ■ écoulement malodorant **Levures :** ■ ph ≤ 4,5 ■ test au KOH : odeur d'amine négatif ■ microscopie : levures ou hyphes ***T. vaginalis :*** ■ ph ≥ 5 ■ microscopie : *Trichomonas*	**Écouvillonnage vaginal pour :** ■ test du pH / test au KOH : odeur d'amine / préparation d'état frais / coloration de Gram. **Écouvillonnage endocervical pour :** ■ *N. gonorrhoeae*, et test pour *C. trachomatis* **OU** ■ urine pour *C. trachomatis* ■ les cultures pour les levures ne sont pas nécessaires dans les infections aiguës. La culture pour *Gardnerella vaginalis* n'est jamais utile pour le diagnostic.	**VB** : ■ métronidazole, 500 mg *per os* bid pendant 7 jours **Levures :** ■ traitement topique au comptoir **OU** fluconazole, 150 mg *per os* en dose unique ***T. vaginalis :*** ■ métronidazole, 2 g *per os* en dose unique.	**VB** : ■ non requis **Levures :** ■ seulement en présence de symptômes ***T. vaginalis :*** ■ tester tous les contacts au cours des 60 jours antérieurs et donner le même traitement que le cas index.

PRÉVENTION PRIMAIRE DES MALADIES TRANSMISES SEXUELLEMENT

PRINCIPES GÉNÉRAUX

- Il est beaucoup plus efficace de prévenir que de traiter les MTS et leurs séquelles.
- Les mesures visant à promouvoir la prévention prennent peu de temps par rapport au diagnostic et à la prise en charge des MTS et de leurs séquelles, et elles peuvent être intégrées, au moment opportun, aux soins courants donnés aux patients.
- Les médecins ont un rôle crucial à jouer dans la prévention des MTS et, dans le cadre des relations avec leurs patients, ils devraient systématiquement :
  - garantir la confidentialité complète
  - discuter des risques de contracter des MTS
  - planifier la prévention des MTS
  - assurer des services médicaux de dépistage des MTS.

SEPT POINTS PRATIQUES À L'INTENTION DES DISPENSATEURS DE SOINS PRIMAIRES

1. Sensibilisation systématique des patients aux MTS et à la santé sexuelle

- Il est bon de montrer aux patients, à la fois par des messages non verbaux et par des messages verbaux de prévention primaire, que l'on est prêt à discuter des MTS et d'autres aspects de la santé sexuelle :
  - **messages non verbaux :** il est bon de placer des affiches, des brochures, des livres ou des bandes dessinées sur les MTS et le sida dans son cabinet pour montrer que l'on connaît le sujet et que l'on est prêt à en discuter.
  - **messages verbaux :** il convient d'engager la discussion sur les risques de MTS et la prévention avec chacun de ses patients.

Dans le cas des adolescents et des adultes, on peut formuler certains des commentaires ou questions suivants :

- « Une partie de ma pratique porte sur la santé sexuelle. Il est clair que tout ce dont nous parlerons demeurera absolument confidentiel. »
- « Êtes-vous actif sexuellement? »
- « Combien avez-vous eu de partenaires l'année dernière ou depuis deux ans? »
- « Avez-vous eu comme partenaires des hommes, des femmes ou les deux? »

- « Quelles mesures de contraception utilisez-vous? »
- « Quelles mesures prenez-vous pour éviter les MTS et le sida? »
- « Si vous avez plus tard des questions à ce sujet, n'hésitez pas à me les poser. »

Dans le cas des patients impubères, y compris les enfants relativement jeunes et leurs parents, vous pouvez mentionner ce qui suit :

- « Une partie de mon travail consiste à répondre aux questions des enfants au sujet de la sexualité. Avez-vous des questions? Si jamais vous en avez, n'hésitez pas à me les poser. »

Note : Il est essentiel que les médecins reconnaissent et expliquent aux patients que bon nombre de personnes ont des relations monogames sériées , c'est-à-dire des relations exclusives et monogames l'**une à la suite de l'autre**. Même si ces relations avec des partenaires connus et sérieux donnent un sentiment et une apparence de sécurité, elles n'assurent PAS une protection contre les MTS.

2. Information pertinente

- **Acceptation de sa sexualité :** Il faut accepter que l'on est ou que l'on pourrait être sexuellement actif avant de pouvoir penser à la prévention des MTS. Par leurs actions, les dispensateurs de soins primaires peuvent montrer aux patients qu'ils comprennent leurs activités sexuelles et attirer leur attention sur la nécessité de prévenir les MTS.
- **Conseils faciles à mettre en pratique** : L'information la plus sûre en matière de prévention des MTS consiste peut-être à conseiller directement aux patients de toujours utiliser le condom ou de toujours s'abstenir de relations sexuelles et à discuter avec eux des stratégies permettant d'atteindre ces objectifs de façon durable.
- **Planification de la prévention :**
  - Il faut inciter les patients à prévoir de quelle façon ils négocieront et mettront constamment en pratique les mesures visant à prévenir les MTS.

    On peut notamment aborder les aspects suivants :

    - établir et conserver des limites dans les relations sexuelles
    - commencer et continuer à utiliser le condom constamment
    - subir des tests de dépistage des MTS et de l'infection à VIH avec le partenaire
    - faire face à la résistance éventuelle du partenaire à cet égard.
  - Il faut s'assurer que les patients savent où se procurer aisément des condoms dans leur collectivité, qu'ils connaissent la bonne façon de les utiliser (voir page 35) ainsi que les signes de MTS et qu'ils savent où s'adresser pour les tests et les traitements, en cas de besoin.

- **Croyances au sujet de la prévention des MTS :**
  - Il convient de discuter avec les patients de l'opinion largement répandue selon laquelle la prévention des MTS n'est pas nécessaire dans les « relations monogames » ou les relations avec des partenaires que l'on connaît bien et en qui l'on a confiance. Il y a **énormément** de comportements à risque dans les relations « monogames », qui sont en fait des relations monogames sériées, avec des partenaires que les patients connaissent et en qui ils ont confiance (et dont ils ignorent la séropositivité à l'égard des MTS ou de l'infection à VIH).
  - Ces relations « monogames » peuvent donner une fausse impression de sécurité tant aux patients qu'aux médecins, et l'utilisation du condom doit être maintenue tant que les sujets n'ont pas subi de test de dépistage des MTS et de l'infection à VIH et discuté de la constance de leur fidélité.
  - **Les patients ne peuvent évaluer les risques que leur partenaire soit porteur d'une MTS d'après des signes observés ni fonder leurs mesures de prévention sur de telles conjectures.**
  - Les dispensateurs de soins primaires ne peuvent pas non plus évaluer les risques qu'un patient ou son partenaire soit porteur d'une MTS d'après des indices extérieurs ni fonder les mesures de prévention sur de telles conjectures.

3. Planification et soutien de la prévention

- Il faut mettre au point un plan précis pour l'instauration et le maintien de mesures de prévention des MTS, de préférence avant que cette prévention ne soit nécessaire :
  - souligner l'importance de la **constance** (p. ex. « Établissez toujours des limites ou utilisez toujours le condom... »).
  - indiquer aux patients qu'ils devraient se sentir satisfaits des précautions qu'ils prennent (p. ex. « On peut se sentir assez détendu et confiant lorsqu'on fixe toujours des limites et qu'on utilise constamment le condom... »)
  - mentionner aux patients qu'ils devraient remercier leur partenaire d'appuyer leurs efforts de prévention (p. ex. « Il est difficile de trouver un partenaire qui vous appuie dans ce domaine. Remerciez-le de sa collaboration... »).
- On doit motiver les patients à l'égard de la prévention :
  - souligner les risques de MTS (p. ex. « Un trop grand nombre de mes patientes cessent d'utiliser le condom dès qu'elles prennent des contraceptifs oraux, et une foule d'entre elles contractent une MTS. »)
  - accompagner ses messages au sujet des risques de MTS de recommandations rassurantes sur la prévention (p. ex. « Si vous dites à votre ami que je recommande fortement à toutes mes patientes d'utiliser à la fois le condom et les contraceptifs oraux, si vous suivez cette recommandation et si vous subissez un examen annuel, vous pourrez réduire considérablement vos risques et vos inquiétudes. »).
- Les patients qui prennent des mesures de prévention des MTS peuvent avoir à poser des gestes publics embarrassants, notamment acheter des condoms, subir

des tests de dépistage des MTS ou de l'infection à VIH et discuter de ces sujets avec le personnel soignant. Les dispensateurs de soins primaires peuvent aborder la question avec leurs patients et déterminer les ressources les plus faciles à utiliser pour eux.

4. Prestation de services médicaux pertinents en matière de prévention des MTS

- La prévention des MTS, c'est plus que des condoms.

Offrir une gamme de services médicaux de prévention des MTS, selon les besoins :

- Discuter systématiquement avec les patients des risques de MTS et des mesures de prévention à prendre.
- Donner des conseils sur les risques élevés liés aux MTS quand vous prescrivez des méthodes autres que les méthodes de barrière.
- Offrir systématiquement à toutes les patientes la possibilité de subir un test de dépistage du cancer du col utérin, qui constitue une MTS.
- Offrir systématiquement le vaccin contre l'hépatite B aux patients qui n'ont pas de relation permanente. L'hépatite B est une maladie transmissible sexuellement.
- Offrir systématiquement à **toutes** les patientes enceintes la possibilité de subir un test de dépistage de l'infection à VIH, accompagné d'un counselling pré-test et post-test, et discuter des moyens de prévenir la transmission verticale.
- Le médecin ne peut se fonder sur les signes cliniques pour déterminer si une patiente enceinte risque d'être infectée par le VIH ou si son partenaire lui fait courir des risques.
- Offrir systématiquement à toutes les patientes enceintes la possibilité de subir un test de dépistage des MTS, comme on l'explique en détail dans le chapitre *MTS et grossesse* (page 221), et souligner que les MTS sont une cause importante d'accouchement prématuré et entraînent d'autres complications périnatales.

5. Prévention secondaire

- **La prévention secondaire de la transmission des MTS de sujets infectés à des sujets sains est un élément essentiel de la prise en charge des MTS.**
- Si le patient est un porteur chronique de virus responsables de MTS (p. ex. le VPH, le VHS et le VIH), le personnel médical peut, avec son accord, dans le cadre de la prévention secondaire, divulguer son état à ses partenaires et informer ces derniers des risques de transmission, des mesures de prévention à prendre et de leur efficacité relative. On peut aussi leur conseiller, s'il y a lieu, de subir à leur tour un test de dépistage.

- La prévention secondaire peut également consister à surveiller activement et constamment les efforts de prévention des MTS du patient et à l'inciter à continuer dans cette voie (p. ex. discussion permanente sur la prévention avec les patients infectés par le VIH et encouragement constant).

6. Établissement d'un réseau de consultation

- Il peut être utile de dresser une liste de collègues qui connaissent bien les MTS et auxquels on peut soumettre sans difficulté les questions relatives à ces maladies et à la santé sexuelle en général qui exigent l'opinion d'un spécialiste.

7. Auto-évaluation

- Il peut être bon également de déterminer dans quelle mesure on arrive à discuter de santé sexuelle avec ses patients, de cerner les points à améliorer dans son approche et d'être à l'affût des pratiques qui *favorisent* involontairement les MTS. Ainsi, prescrire des contraceptifs oraux sans discuter de la nécessité d'adopter parallèlement des méthodes de barrière peut souvent amener des patients qui ont des relations monogames successives à cesser d'utiliser le condom et à accroître sensiblement leurs risques de contracter une MTS.

UTILISATION DU CONDOM

- **Seules l'abstinence ou une relation vraiment monogame entre deux partenaires non infectés peuvent mettre à l'abri des MTS.**
- **Les condoms permettent d'éviter la majorité des MTS, y compris l'infection à VIH. Cette dernière se transmet rarement d'un sujet infecté à un partenaire non infecté lorsque le couple utilise toujours le condom.**
- La prévention d'un cas de MTS permet, en général, d'en prévenir plusieurs autres.
- Les condoms de latex sont imperméables au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), au virus de l'hépatite B et au virus *Herpes simplex* (VHS), à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae*.
- Les condoms faits de membrane naturelle pourraient ne pas être imperméables au virus de l'hépatite B et au VIH.
- Les échecs liés au condom peuvent tenir à un usage inadéquat ou inconstant. Ils peuvent être surmontés en suivant les recommandations sur l'usage du condom (voir page 36).

Mode d'emploi recommandé du condom pour réduire la transmission des MTS

1. Il est préférable d'utiliser des condoms en latex parce qu'ils offrent une meilleure protection contre les MTS d'origine virale que les condoms faits de membrane naturelle.
2. Les condoms doivent être entreposés dans un endroit sec et frais, à l'abri des rayons directs du soleil, du gel et des pressions (NE PAS les entreposer dans un portefeuille, dans une voiture ou dans un endroit où ils pourraient être exposés à des températures extrêmes).
3. On NE doit PAS utiliser des condoms qui proviennent d'emballages endommagés ou ceux qui semblent avoir de l'âge (p. ex. qui sont friables, collants ou décolorés), car on ne peut compter sur eux pour prévenir l'infection.
4. Il faut manipuler les condoms avec soin afin de prévenir toute perforation notamment par les ongles, les bagues ou les dents.
5. Il faut mettre le condom en place avant tout contact génital afin de prévenir l'exposition à des liquides organiques qui pourraient contenir des agents infectieux.
6. Il faut mettre le condom sur le pénis de façon à ce qu'il se déroule facilement et non le mettre à l'envers, car il ne pourra pas se dérouler.
7. Il faut tenir l'extrémité du condom et le dérouler sur le pénis en érection en laissant de l'espace au bout pour recueillir le sperme tout en s'assurant qu'il ne reste pas d'air dans cet espace.
8. Une bonne lubrification est recommandée. Si l'on a besoin d'une lubrification supplémentaire, il ne faut utiliser que des lubrifiants hydrosolubles comme la gelée K.Y.^{MD}. Les lubrifiants à base de pétrole ou d'huile (tels la vaseline, les huiles de cuisson, le shortening et les lotions) ne doivent pas être utilisés, car ils affaiblissent le latex.
9. On a dit que l'usage de condoms contenant des spermicides pouvait conférer une plus grande protection contre les MTS. Cependant, l'utilisation fréquente de spermicides peut également causer une inflammation des muqueuses et faciliter l'infection, c'est pourquoi elle ne peut être recommandée sans réserve.
10. Si le condom se déchire, il faut le remplacer immédiatement. S'il y a éjaculation après la rupture du condom, il est recommandé d'utiliser immédiatement du spermicide. On ignore cependant dans quelle mesure l'application de spermicide après l'éjaculation peut réduire le risque de transmission de MTS.
11. Après l'éjaculation, il faut veiller à ce que le condom ne glisse pas avant que l'on retire le pénis; il faut tenir la base du condom au moment du retrait. Le pénis doit être retiré pendant qu'il est toujours en érection.
12. Les condoms ne doivent jamais être réutilisés.

Note : On peut faire une démonstration claire et simple de bon nombre de ces points en mettant un condom sur deux doigts.

Condoms contenant des spermicides

- On a dit que l'usage de condoms contenant des spermicides pouvait conférer une plus grande protection contre les MTS. Cependant, l'utilisation fréquente de spermicides peut causer une irritation et une inflammation des muqueuses et favoriser l'infection à VIH dans la région enflammée; on ne peut donc la recommander sans réserve. Les spermicides peuvent également augmenter le risque d'infection des voies urinaires chez les jeunes femmes et entraîner des modifications de la flore bactérienne causant des vaginoses bactériennes et des candidoses.

Contraception

- Pour mieux prévenir les grossesses, on devrait utiliser en plus du condom d'autres méthodes de contraception, telles que les contraceptifs oraux ou le stérilet.

Allergie au latex

- On a signalé des cas d'allergie au latex. Des symptômes systémiques, p. ex. une éruption, doivent être pris au sérieux. Les dispensateurs de soins primaires devraient être à l'affût de ce problème et interroger les patients sur leurs réactions au latex (p. ex. réactions aux gants de chirurgien ou aux gants en caoutchouc pour le ménage). Les cas de réaction anaphylactique grave sont très rares. Dans le doute, consulter un collègue qui a de l'expérience dans le domaine.

OBSTACLES À L'UTILISATION DU CONDOM ET SOLUTIONS

Obstacle perçu	Stratégie d'intervention
Il diminue le plaisir sexuel (sensibilité). **Note :** Obstacle souvent perçu par les sujets qui n'ont jamais utilisé le condom.	■ Inciter les patients à essayer. ■ Recommander aux patients de mettre une goutte de lubrifiant hydrosoluble ou de salive dans le bout du condom ou sur le gland du pénis avant d'insérer le condom. ■ Recommander l'essai d'un condom en latex plus mince, d'une autre marque ou contenant plus de lubrifiant.
Il enlève de la spontanéité aux relations sexuelles.	■ Inciter les patients à mettre le condom durant les préliminaires. ■ Rappeler aux patients que la tranquillité d'esprit peut accroître le plaisir pour soi-même et pour son partenaire.
C'est une méthode embarrassante, faite pour les jeunes et non virile.	■ Rappeler aux patients qu'il est « viril » de se protéger soi-même et de protéger les autres.
Il est mal ajusté (trop petit ou trop grand, il glisse, il est inconfortable).	■ Il existe des condoms plus petits et plus grands.

Il doit être enlevé tout de suite après l'éjaculation.	■ Souligner le caractère protecteur du retrait rapide et proposer d'autres activités sexuelles post-coïtales.
La crainte d'un bris peut contribuer à réduire l'intensité des activités sexuelles.	■ Dans le cas d'une relation prolongée, le lubrifiant se raréfie et l'on commence à sentir une friction. Recommander aux patients d'avoir un lubrifiant **hydrosoluble** à portée de la main.
Activités sexuelles sans pénétration	■ Recommander aux patients d'utiliser le condom dans la fellation; il peut être préférable d'opter pour des condoms non lubrifiés à cause du goût du lubrifiant. ■ Recommander d'utiliser d'autres barrières, p. ex. les digues dentaires ou un condom non lubrifié coupé sur toute sa longueur au milieu dans certaines formes d'activités sexuelles sans pénétration (p. ex. le cunnilingus et l'anilingus).
Allergie au latex	■ Les condoms en polyuréthane féminins sont disponibles sur le marché canadien. (Voir page 39.) ■ On peut utiliser un condom fait de membrane naturelle avec un condom en latex pour protéger l'homme ou la femme du contact avec le latex.

LIGNES DIRECTRICES SUR LES PRATIQUES SEXUELLES À RISQUES RÉDUITS

- De nombreuses publications provenant de diverses sources donnent des conseils sur l'usage du condom et sur d'autres pratiques sexuelles à risques réduits. En voici quelques-unes :
  - *Guide sécurisexe : sexualité, santé et VIH*, Société canadienne du sida (100, rue Sparks, Ottawa (Ontario), K1P 5B7), 1994.
  - *Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle*, Santé Canada. LLCM (Immeuble Brooke-Claxton, pré Tunney, Ottawa, K1A 1B4), 1994.
- Sites Internet :
  - Laboratoire de lutte contre la maladie, Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah>
  - *The Safer Sex Page* <http://safesex.org>.
- Le Centre national de documentation sur le sida de l'Association canadienne de santé publique (1565, av. Carling, suite 400, Ottawa (Ontario), K1Z 8R1) distribue aussi toute une gamme de brochures, d'affiches et d'autres documents utiles sur les pratiques sexuelles à risques réduits.
- Si l'on ne sait pas où se procurer des documents de promotion de la santé dans sa région, on peut communiquer avec les autorités sanitaires locales ou le directeur des services de lutte contre les MTS de sa province ou de son territoire (voir *Directeurs provinciaux et territoriaux des services de lutte contre les MTS*, page 274).

PROGRÈS EN VUE

- La prévention des MTS est un domaine en pleine évolution, et les dispensateurs de soins primaires doivent se tenir à jour.

Condoms féminins

- Le « condom féminin » (un sac vaginal) est en vente sur le marché, et des recherches sur son efficacité comme mesure de prévention des MTS et de contraception sont en cours. Les virucides administrés aux femmes sont également à l'étude. Ces méthodes ouvrent de nouvelles avenues à la prévention des MTS par les femmes.

Tests d'autodépistage de l'infection à VIH

- Les tests d'autodépistage de l'infection à VIH (p. ex. trousses d'autoprélèvement d'échantillons biologiques aux fins de la recherche d'anticorps anti-VIH) pourraient sous peu envahir le marché au Canada. Les dispensateurs de soins primaires devraient s'informer des répercussions de ce nouveau produit sur leurs activités de counselling en matière de prévention des MTS.

APPROCHE CLINIQUE POUR LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN CHARGE DES MTS

Le lecteur trouvera dans le présent résumé une approche claire et générale d'aborder le diagnostic et la prise en charge des maladies transmises sexuellement.

- Le diagnostic et la prise en charge des MTS requièrent les éléments suivants :
  - l'indice de suspicion
  - l'interrogatoire
  - l'examen physique
  - certains tests
  - le diagnostic par syndrome ou par organisme
  - l'éducation et le counselling
  - le traitement (curatif et/ou palliatif)
  - la notification aux partenaires, le traitement et le counselling des partenaires pour tout syndrome ou microorganisme transmissible surtout par voie sexuelle
  - la prise en charge de la co-morbidité
  - le suivi.

INDICE DE SUSPICION

- Pour pouvoir soupçonner la présence d'une MTS chez un patient, il faut comprendre l'épidémiologie existante de ces maladies et évaluer le risque individuel.
- Voici les tendances les plus récentes en ce qui concerne l'épidémiologie des MTS au Canada :

Maladie	Prévalence en milieu clinique	Tendance relative de l'incidence
Chlamydiose	fréquente	lent déclin
Atteinte inflammatoire pelvienne	fréquente	lent déclin
Gonococcie	n'est plus fréquente	baisse importante récemment
Syphilis	maintenant rare	baisse importante récemment
Chancre mou	très rare au Canada	–
Granulome inguinal (donovanose)	très rare au Canada	–
Condylomes ou infections dues au virus du papillome humain (VPH)	fréquents	aucune tendance apparente à la baisse

Maladie	Prévalence en milieu clinique	Tendance relative de l'incidence
Herpès génital	fréquent	en hausse
Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	prévalence faible à modérée	stable ou en hausse
Hépatite B	fréquente	lent déclin avec l'immunisation
Hépatite A	prévalence modérée	stable

- Liste de comportements à risques fortement associés à une MTS :

Tout patient qui présente actuellement ou qui a présenté dans le passé un ou plusieurs des facteurs de risque suivants court un risque plus accru de souffrir d'une MTS :

- personnes ayant eu des contacts sexuels avec un (des) partenaire(s) souffrant d'une MTS diagnostiquée
- jeunes de moins de 25 ans avec partenaires multiples
- personnes qui vivent dans la rue (p. ex. sans-abri)
- personnes ayant eu des relations sexuelles avec un nouveau partenaire au cours des 2 derniers mois
- personnes ayant eu plus de 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois
- personnes qui n'utilisent aucune méthode de contraception ou des méthodes autres que des méthodes de barrière
- utilisateurs de drogues injectables – les utilisateurs de drogues injectables courent un grand risque de souffrir d'une infection à VIH/VHB/VHC de même que d'autres MTS
- personnes ayant émigré de pays ou ayant eu des relations sexuelles dans des pays où certaines MTS sévissent actuellement à l'état épidémique ainsi que leurs partenaires sexuels
- hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes
- travailleurs de l'industrie du sexe, y compris les personnes qui se prostituent pour survivre (faveurs sexuelles en échange d'argent, de drogues, d'un abri ou de nourriture).

HISTOIRE DE CAS

- Il faut poser les questions de façon simple et sans porter de jugement en utilisant un langage que comprend le client.
- L'interrogatoire devrait servir à recueillir de l'information sur les symptômes tant génitaux que systémiques associés aux MTS, les facteurs de risque individuels (voir ci-dessus) et la connaissance d'un risque accru de MTS, les traitements médicamenteux pertinents, les allergies et d'autres aspects d'un interrogatoire général.

- Lorsqu'on envisage un dépistage de l'infection à VIH, l'interrogatoire est souvent le moment le mieux choisi pour effectuer un counselling pré-test (voir page 203).
- Il faut demander à quand remontent les dernières règles et quand la patiente a subi pour la dernière fois un frottis de Papanicolaou (test de Pap).

EXAMEN PHYSIQUE ET PRÉLÈVEMENT DES ÉCHANTILLONS

- L'examen physique peut être embarrassant pour certains patients. Les médecins devraient donc essayer d'établir un climat de confiance
  - certains patients peuvent se sentir plus à l'aise si l'on demande l'accompagnement d'une personne du même sexe
  - il faut garantir à tous les patients que la confidentialité sera maintenue en tout temps.

ÉLÉMENTS DE L'EXAMEN PHYSIQUE ET DU PRÉLÈVEMENT DES ÉCHANTILLONS CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES HOMMES ADULTES (pour les jeunes garcons impubères, voir *Abus sexuel*, page 233)

Examen physique

- Effectuer une évaluation générale.
- Rechercher des signes systémiques de MTS.
- Inspecter les régions cutanéo-muqueuses, y compris le pharynx.
- Inspecter les organes génitaux externes pour y détecter des lésions cutanées, des signes d'inflammation, un écoulement urétral et des anomalies anatomiques, inspecter le gland en retirant le prépuce, s'il y lieu.
- Palper les ganglions inguinaux et le contenu du scrotum en portant une attention spéciale à l'épididyme. Demander au patient de traire l'urètre vers le bas pour observer plus facilement tout écoulement urétral ou le faire soi-même.
- Inspecter la région périanale.
- Envisager un examen rectal digital et une anoscopie si le patient a eu des relations sexuelles anales réceptrices ou présente des symptômes rectaux.

Épreuves de laboratoire

Tests utiles pour tout patient à haut risque, peu importe ses symptômes :

- prélèvements urétraux par écouvillonnage pour :
  - test de détection de *Chlamydia*; échantillon d'urine acceptable pour l'amplification des acides nucléiques (p. ex. "PCR, LCR")
  - culture du gonocoque
- prélèvements de la gorge et du rectum par écouvillonnage pour la gonococcie (s'il y a lieu)
- recherche des anticorps anti-VIH.

Autres tests dans certains milieux cliniques :

Sérologie de la syphilis dans les cas suivants :

- immigrant qui vivait ou personne qui a eu des relations sexuelles dans un pays où la syphilis sévit actuellement à l'état endémique
- travailleur de l'industrie du sexe
- symptômes évocateurs d'une syphilis à n'importe quel stade
- exposition connue à la syphilis

En présence d'ulcérations génitales :

- faire une culture de l'herpès (VHS)
- prélever un échantillon pour examen direct de la syphilis si les lésions évoquent un tel diagnostic
- sérologie de la syphilis (voir ci-dessus)
- si le contact provient d'une zone d'endémie, envisager une infection à *H. ducreyi*

Sérologie de l'hépatite B dans les cas suivants :

- immigrant ayant vécu ou personne ayant eu des relations sexuelles dans un pays où l'hépatite B est très endémique
- homme qui a eu des relations sexuelles avec d'autres hommes
- travailleur de l'industrie du sexe
- utilisateur de drogues injectables
- jeune de la rue
- exposition connue à l'hépatite B

Sérologie de l'hépatite C dans les cas suivants :

- personne ayant reçu des produits sanguins avant 1992
- utilisateur de drogues injectables (consommation actuelle ou passée de drogues injectables)

En présence de symptômes d'urétrite :

- faire faire un prélèvement urétral par écouvillonnage pour une coloration de Gram

ÉLÉMENTS DE L'EXAMEN PHYSIQUE ET DU PRÉLÈVEMENT DES ÉCHANTILLONS CHEZ LES ADOLESCENTES ET LES FEMMES ADULTES (pour les jeunes filles impubères, voir *Abus sexuel*, page 233)

Examen physique

- Effectuer une évaluation générale.
- Rechercher des signes systémiques de MTS.
- Inspecter les régions cutanéo-muqueuses, y compris le pharynx.
- Inspecter les organes génitaux externes pour détecter les lésions cutanées, les inflammations, un écoulement urétral et des anomalies anatomiques. Écarter les lèvres pour bien voir l'orifice vaginal.
- Palper les ganglions inguinaux.
- Inspecter la région périanale.
- Songer à effectuer un examen rectal digital et une anoscopie si la patiente a eu des relations anales réceptives ou présente des symptômes rectaux.
- Effectuer un examen au spéculum sous bon éclairage pour visualiser le col, les parois vaginales et évaluer les écoulements endocervicaux et vaginaux. Effectuer les prélèvements indiqués ci-dessous.
- Procéder à un examen pelvien bimanuel pour détecter toute masse ou sensibilité au niveau de l'utérus ou des annexes.

Note : Dans certaines circonstances (p. ex. herpès génital primaire), l'examen bimanuel et au spéculum peut causer un trop grand inconfort et devra être reporté jusqu'à ce que les symptômes aigus se soient atténués.

Épreuves de laboratoire

Tests utiles pour toute patiente à haut risque, peu importe ses symptômes :

- prélèvements cervicaux pour :
  - test de détection de chlamydia; échantillon d'urine acceptable pour l'amplification des acides nucléiques (p. ex. "PCR, LCR")
  - culture du gonocoque
- test de Pap si aucun n'a été effectué au cours des 12 mois précédents (voir page 56)
- prélèvements de gorge et du rectum par écouvillonnage pour la détection de la gonorrhée (s'il y a lieu)
- recherche des anticorps anti-VIH
- prélèvement vaginal par écouvillonnage pour une coloration de Gram et un examen microscopique pour la détection de la trichomonase

Note : Si la patiente a subi une hystérectomie, remplacer les prélèvements cervicaux par des prélèvements urétraux.

Autres tests dans certains milieux cliniques :

- test de grossesse si les antécédents menstruels évoquent une telle possibilité

Sérologie de la syphilis dans les cas suivants :

- immigrant qui vivait ou personne qui a eu des relations sexuelles dans un pays où la syphilis sévit actuellement à l'état endémique
- travailleur de l'industrie du sexe
- symptômes évocateurs d'une syphilis à n'importe quel stade
- exposition connue à la syphilis

En présence d'ulcérations génitales :

- faire une culture du virus de l'herpès (VHS)
- prélever un échantillon pour examen direct de la syphilis si les lésions évoquent un tel diagnostic
- sérologie de la syphilis (voir ci-dessus
- si le contact provient d'une zone d'endémie, envisager une infection à *H. ducreyi*.

Sérologie de l'hépatite B dans les cas suivants :

- immigrant ayant vécu ou personne ayant eu des relations sexuelles dans un pays où l'hépatite B est très endémique
- travailleur de l'industrie du sexe
- utilisateur de drogues injectables
- jeune de la rue
- exposition connue à l'hépatite B

Sérologie de l'hépatite C dans les cas suivants :

- personne ayant reçu des produits sanguins avant 1992
- utilisateur de drogues injectables (consommation actuelle ou passée de drogues injectables).

En présence d'une cervicite clinique :

- obtenir un prélèvement cervical pour une coloration de Gram des diplocoques intracellulaires

Si les patientes se plaignent d'une irritation ou d'un écoulement vaginal :

- prélever des échantillons de sécrétions vaginales (frottis, écouvillon) pour la mesure du pH, une recherche de l'odeur d'amine, une préparation humide, une coloration de Gram.
- voir *Vulvo-vaginite chez les jeunes et les adultes*, page 99.

Remarques relatives à d'autres tests

- La plupart des patients qui courent un risque continu de souffrir d'une MTS devraient être immunisés contre l'hépatite B. Le dépistage sérologique systématique de l'hépatite B avant l'immunisation n'est pas recommandé. La principale utilité du dépistage de l'hépatite B est d'identifier les porteurs chroniques de façon qu'on puisse amorcer un suivi médical et protéger les contacts. Un tel dépistage est indiqué chez les personnes à haut risque de MTS vu qu'il est rare de trouver des porteurs chroniques à l'extérieur de ces groupes.

- Il n'est pas indiqué d'effectuer des tests sérologiques spécifiques de routine pour connaître l'exposition passée au virus *Herpes simplex* de type 1 ou 2 (voir *Infections génitales à VHS*, page 184). Ces tests doivent être envisagés dans les cas suivants :
  - pour identifier les femmes enceintes n'ayant jamais été infectées par le virus herpétique qui risquent de contracter une primo-infection herpétique d'un partenaire
  - pour conseiller les partenaires de longue date concernant leur comportement sexuel lorsqu'on ignore si les patients et les partenaires sont infectés par le VHS-2
  - il convient de consulter un collègue expérimenté dans le domaine.
- Bien qu'il soit utile de mettre en évidence des diplocoques intracellulaires Gram négatif (*N. gonorrhoeae*), la numération des leucocytes polynucléaires sur les frottis cervicaux présente peu d'intérêt sur le plan diagnostique.
- Les cultures de sécrétions vaginales pour la recherche de *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum* et *Mycoplasma hominis*, n'ont AUCUNE utilité diagnostique.
- Les cultures effectuées à des fins de décompte et la spéciation des levures ne fournissent guère plus d'information que les frottis colorés, sauf lorsqu'on envisage une prophylaxie par voie orale d'une candidose récurrente.
- L'utilité clinique du génotypage du VPH n'a pas encore été établie; cette technique pourrait s'avérer utile dans les années à venir.

CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES RELATIVEMENT AU DÉPISTAGE

Grossesse

- Toutes les femmes enceintes devraient être **invitées** à subir un test de dépistage de l'hépatite B (Hbs Ag) et de l'infection à VIH.
- Toutes les femmes enceintes devraient faire l'objet d'un dépistage de la chlamydiose. Celles à haut risque devraient aussi faire l'objet d'un dépistage de la gonococcie lors de la première consultation. Cela devra peut-être être répété plus tard si elles ont encore été exposées.
- Voir *MTS et grossesse*, page 221.

Nouveau-nés

- Il faut évaluer les nouveau-nés qui risquent d'avoir été exposés ou qui ont été exposés à une MTS durant la période périnatale.
- Il convient de consulter un collègue ayant une expertise dans ce domaine.

Agression et abus sexuels

- Voir *Abus sexuels et agression sexuelle*, page 233.

Donneurs

- Les donneurs de sang, de tissus, d'organes, de sperme et d'ovules doivent faire l'objet d'un dépistage systématique de l'infection à VIH, VHB, VHC et de la syphilis.
- De plus, le dépistage recommandé dans le cas des nouveaux donneurs et des donneurs habituels doit comporter au moins les mesures suivantes :
  - une étude des comportements à haut risque
  - des prélèvements urinaires ou urétraux pour la détection de *N. gonorrhoeae* et de *C. trachomatis*
  - la conservation des dons de sperme jusqu'à ce qu'on obtienne des résultats négatifs à la recherche des anticorps anti-VIH pratiquée 6 mois plus tard.

DIAGNOSTIC SELON LE SYNDROME OU LE MICRO-ORGANISME

- Dans la plupart des cabinets, il est impossible d'obtenir immédiatement les résultats des analyses microbiologiques. En présence de certains symptômes et signes particuliers, un diagnostic fondé sur le syndrome peut être établi (voir *Tableau synoptique 2*, page 20) et un traitement débuté.
- Lorsque les résultats d'analyses microbiologiques sont disponibles, il faut administrer un traitement adapté aux pathogènes en cause (voir section(s) pertinente(s)).

ÉDUCATION DU PATIENT ET COUNSELLING

- Une fois qu'on a identifié qu'une personne risque d'être atteinte d'une MTS, il convient de discuter avec elle des obstacles à la réduction du risque et des moyens pour les surmonter.
- Dans ce contexte, des séances individuelles d'éducation peuvent contribuer grandement à améliorer le bien-être du patient et à promouvoir la santé publique.
- Voir *Prévention primaire des MTS*, page 31.
- Les patients et leurs partenaires devraient attendre au moins 7 jours après la fin de leurs traitements (p. ex. 7 jours après la prise d'une dose unique) avant d'avoir des relations sexuelles non protégées.
- Le dépistage de l'infection à VIH devrait toujours s'accompagner d'un counselling pré- et post-test comme il est indiqué aux pages 202-203.

NOTIFICATION AUX PARTENAIRES, TRAITEMENT ET COUNSELLING DES PARTENAIRES

Justification

- La notification aux partenaires est le processus par lequel les partenaires sexuels ou les autres contacts exposés à des infections transmises sexuellement sont identifiés, localisés, évalués, soumis à des tests et à un traitement épidémiologique et conseillés en matière de prévention.
- Les contacts englobent les partenaires sexuels, les parents de nouveau-nés infectés, les utilisateurs de drogues injectables qui partagent leurs seringues et les individus qui peuvent être impliqués dans les cas d'abus sexuel à l'égard d'un enfant.
- La notification aux partenaires, le traitement et le counselling des partenaires sont indiqués dans le cas de toute infection ou de tout syndrome surtout transmis par voie sexuelle. Ces mesures ont non seulement une incidence positive sur la santé publique (p. ex. surveillance et lutte contre la maladie) mais contribuent également à réduire de façon importante le risque de réinfection du patient.
- Les lois et règlements dans toutes les provinces et les territoires obligent les médecins à déclarer certaines maladies. Pour obtenir plus d'information sur certaines maladies à déclaration obligatoire dans votre région, veuillez communiquer avec votre service local de santé publique (voir page 274).
- Bien que la notification aux partenaires est parfois considérée comme une mesure visant à protéger les droits de la société plutôt que les droits individuels, son objectif est de toute évidence d'aider les gens à respecter les droits individuels de leurs partenaires : droits à l'information, à la santé et, dans certains cas, à la vie.

Qui est responsable de la notification aux partenaires?

- Les partenaires peuvent être avisés par les patients, les dispensateurs de soins ou les autorités sanitaires
  - la « notification par le patient » peut être une solution de rechange acceptable à la « notification par le dispensateur de soins » (décrit ci-dessous). La notification par le patient englobe les mesures prises par le patient pour informer ses partenaires sans l'intervention directe des dispensateurs de soins ou des autorités sanitaires.
  - la « notification par les dispensateurs de soins » englobe la recherche et la notification des contacts par les dispensateurs de soins ou les autorités sanitaires; cette formule est plus efficace pour atteindre les contacts.
- Il incombe aux autorités sanitaires de veiller à ce que les partenaires soient avisés et traités.
- Si votre patient ne veut pas aviser ses contacts ou si les contacts ne se sont pas présentés, il faut

- examiner les obstacles qui entravent la notification aux partenaires (voir ci-dessous)
- aviser le patient qu'on a le devoir de protéger les autres
- transmettre l'information aux autorités sanitaires.

Éléments de la notification aux partenaires

- Demander au service local de santé publique une formule de notification des MTS.
- Discuter de l'importance de la recherche des contacts avec le patient.
- Élaborer un plan de notification indiquant quels partenaires seront avisés par quelles personnes. Il convient de souligner que :
  - dans le cas d'une notification par les dispensateurs de soins, la notification aux partenaires est effectuée sans qu'on révèle le nom du cas index aux partenaires
  - on est prêt à participer à des discussions avec les partenaires.
- Il faut discuter des obstacles qui entravent la notification aux partenaires
  - dans certains cas, il faut évaluer le risque de violence physique et affective qui pourrait découler d'une notification (p. ex. violence conjugale, perte d'emploi, etc.)
  - les personnes qui ont présenté une demande de citoyenneté canadienne (p. ex. immigrants, réfugiés) peuvent avoir des inquiétudes particulières.
- Les cas d'abus sexuel à l'endroit d'un enfant doivent être signalés à l'organisme local de protection de l'enfance.
- Les cas d'agression et d'abus sexuels chez les jeunes et les adultes doivent faire l'objet d'un counselling ou être adressés à des centres locaux d'intervention en cas de crises.
- Tous les contacts de personnes souffrant d'une MTS traitable (p. ex. infections gonococciques et chlamydiose, syphilis) devraient être avisés et traités pour la même maladie que le cas index.

Jusqu'à quand faut-il remonter?	
infections gonococciques, chlamydiose, cervicite, urétrite, AIP	■ 60 jours ■ jusqu'au dernier partenaire, si la personne n'a eu aucun partenaire au cours des 60 derniers jours
syphilis	■ 3 à 12 mois avant l'apparition des symptômes, selon le stade de la maladie (voir page 171)

infection à VIH	■ commencer par les contacts récents ■ la limite ultime est la date à laquelle le comportement à risque a débuté
porteur d'une hépatite B ou infection aiguë par le VHB	■ tous les partenaires sexuels et les personnes avec lesquelles le sujet a partagé des seringues.

- Les patients présentant un herpès génital ou des condylomes devraient être invités à aviser leurs partenaires. Ces derniers devraient être examinés et faire l'objet d'un counselling adéquat (voir *Infections génitales à VHS,* page 184, et *Condylomes et infections génitales à VPH,* page 193).

- Il faut veiller par tous les moyens à ce que tous les contacts dans le cas d'infection à VIH soient avisés, reçoivent un counselling et subissent des tests, car la mise en route rapide d'un traitement antirétroviral améliore le pronostic. La collaboration du médecin et du patient est à cet égard très utile. S'il est difficile de retrouver des contacts, certains services de santé publique offrent un service confidentiel pour faciliter cette recherche, ou il peut être bon de consulter un collègue qui a de l'expérience dans ce domaine. Une fois le diagnostic de sida établi chez une personne qui vit avec le VIH, il faut remplir un rapport de cas de sida.

Confidentialité

- Des règles éthiques, juridiques et professionnelles obligent à garantir la confidentialité en tout temps dans la mesure où cela n'entre pas en conflit avec d'autres obligations telles que :
  - l'obligation de déclarer les MTS aux autorités sanitaires locales; il arrive que des renseignements personnels concernant un cas signalé de MTS doivent être transmis confidentiellement aux autorités sanitaires provinciales
  - une obligation en vertu de la loi (p. ex. Code criminel)
  - l'obligation de déclarer les abus sexuels à l'égard des enfants aux organismes de protection de l'enfance
  - les exigences en matière de confidentialité ne devraient pas entraver le processus de notification aux partenaires.
- La confidentialité s'applique à toutes les personnes, y compris :
  - les personnes infectées
  - les partenaires sexuels
  - tous les adolescents capables de comprendre en quoi consiste leur infection et son traitement
  - les dispensateurs de soins devraient se tenir au courant des politiques des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie afin de prévenir toute divulgation accidentelle à la famille.

PRISE EN CHARGE DE LA CO-MORBIDITÉ

- D'autres problèmes médicaux ou sociaux peuvent favoriser la transmission de nombreuses MTS.
- Les mêmes troubles risquent de réapparaître si l'on ne règle pas les problèmes sous-jacents.
- La prise en charge spécifique de certains troubles comme la toxicomanie et les problèmes de santé mentale doit être intégrée dans le plan général de traitement.

DIAGNOSTIC EN LABORATOIRE DES MALADIES TRANSMISES SEXUELLEMENT

PRÉLÈVEMENT ET TRANSPORT DES ÉCHANTILLONS

Principes généraux

- Les écouvillons, les systèmes de transport et les types de tests utilisés peuvent varier suivant l'agent recherché et les techniques employées par le laboratoire.
- Les laboratoires peuvent utiliser divers dispositifs commerciaux de prélèvement des échantillons; il convient alors de suivre les instructions fournies par le fabricant.
- Au besoin, il faut communiquer avec le laboratoire pour obtenir plus de renseignements.
- **En ce qui concerne les enfants, voir page 233.**

Prélèvement et acheminement des échantillons

- Dans tous les cas, les médecins doivent veiller à ce que :
  - le dispositif adéquat de prélèvement soit utilisé
  - les échantillons soient prélevés dans des conditions optimales
  - un échantillon adéquat soit prélevé
  - les échantillons soient bien étiquetés
  - les échantillons soient transportés sans retard
  - les échantillons soient transportés à des températures adéquates.

Dans les cas d'abus ou d'agression sexuels :

- avertir le laboratoire de la nature de la requête effectuée
- étiqueter soigneusement tous les échantillons en indiquant le nom du patient et le site de prélèvement
- consigner des données sur le site et le type d'échantillon prélevé dans le dossier médical
- s'il y a lieu, veiller à ce qu'un examen médico-légal complet soit effectué (voir *Preuves médico-légales et services de médecine légale*, page 267)
- si l'on prélève un échantillon d'urine, vérifier que des tests d'amplification des acides nucléiques (p. ex. "PCR, LCR"*) puissent être effectués pour la recherche de *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*
- veiller à ce que les méthodes de laboratoire utilisées et les résultats obtenus soient soigneusement consignés
- veiller à ce que les isolats et les échantillons restants soient conservés pour consultation future.

* LCR : Ligase chain reaction (ligation répétitive d'oligonucléotides), PCR : Polymerase chain reaction (amplification en chaîne par polymérase).

Prélèvements urétraux

- Les prélèvemenets urétraux sont effectués à l'aide d'un écouvillon méatal ou intra-urétral selon l'agent recherché et l'importance de l'écoulement.
- Il est plus facile d'obtenir un échantillon d'écoulement urétral si l'on trait l'urètre de la base au gland trois ou quatre fois.
- Un échantillon d'écoulement prélevé au niveau du méat est idéal pour la recherche de *N. gonorrhoeae* mais non pour *C. trachomatis.*
- En l'absence d'exsudat méatal, il convient d'utiliser un écouvillon intra-urétral pour la détection de *C. trachomatis* et de *N. gonorrhoeae.*
- Certains laboratoires peuvent effectuer des tests d'amplification des acides nucléiques (p. ex. "PCR, LCR") à partir d'un échantillon d'urine pour la recherche de *C. trachomatis*, et, dans certains cas, de *N. gonorrhoeae*.
- **Chez les garçons et filles impubères, le prélèvement d'un échantillon intra-urétral n'est PAS recommandé; il faut obtenir des échantillons d'urine pour des tests d'amplification des acides nucléiques ou un échantillon d'écoulement méatal à l'aide d'un écouvillon fin monté sur une tige métallique souple.**

Mode de prélèvement intra-urétral chez les patientes pubères

- Avertir le patient que le prélèvement peut être douloureux de même que la prochaine miction.
- Idéalement, le patient ne devrait pas avoir uriné au moins au cours des deux heures précédentes, car le fait d'uriner diminue la quantité d'exsudat et peut diminuer les chances de déceler des microorganismes.
- Utiliser un écouvillon fin monté sur une tige métallique souple.
- Mouiller l'écouvillon avec de l'eau avant de l'insérer, ce qui peut aider à réduire l'inconfort.
- Insérer l'écouvillon lentement (sur une distance de trois à quatre centimètres chez les patients de sexe masculin, d'un à deux centimètres chez les patientes), tourner l'écouvillon lentement et le retirer délicatement.
- Utiliser l'écouvillon pour préparer un frottis (voir description à la page 60) et ensemencer directement le milieu de culture adéquat ou placer l'écouvillon dans un milieu de transport.
- Si l'on a recours à des tests d'amplification des acides nucléiques, suivre les instructions du fabricant.

Mode de prélèvement d'urine pour des tests d'amplification des acides nucléiques

- Donner au patient un contenant étanche.
- Demander au patient de ne recueillir que les 10 à 15 premiers ml d'urine dans le contenant et de serrer fermement le couvercle.
- Le patient ne devrait pas avoir uriné au moins au cours des deux heures précédentes, mais cela n'empêche PAS d'effectuer les tests.

Mode de prélèvement au niveau du méat

Note : Le prélèvement d'un échantillon dans le méat provoque habituellement un inconfort transitoire.

- Insérer l'écouvillon dans le méat sur une distance de 1 à 2 cm, le tourner lentement et le retirer délicatement.
- Utiliser l'écouvillon pour préparer un frottis (voir description à la page 60), puis ensemencer directement un milieu de culture approprié ou placer l'écouvillon dans un milieu de transport.
- Si l'on a recours à des tests d'amplification des acides nucléiques, suivre les instructions du fabricant.

Prélèvements cervicaux

- On prélève l'échantillon pour la recherche de *N. gonorrhoeae* AVANT de recueillir l'échantillon pour *C. trachomatis*.
- Il faut idéalement des cellules épithéliales glandulaires pour la détection de *C. trachomatis*. Il faut enlever à l'aide d'un écouvillon les sécrétions vaginales et les mucosités endocervicales qui masquent le col.
- Le prélèvement de plusieurs échantillons du col ne provoque pas habituellement d'inconfort et peut être nécessaire pour la réalisation de divers tests.
- Il faut en outre obtenir un prélèvement urétral/méatal en présence d'un écoulement urétral.
- **Il ne faut PAS faire de prélèvements au niveau du col chez les fillettes impubères, car dans ce groupe d'âge, les infections transmises sexuellement impliquent le vagin et non le col.**

Mode de prélèvement au niveau du col

- Insérer un spéculum pour pouvoir observer le col.
- Enlever les sécrétions vaginales qui masquent le col.
- Insérer un coton-tige stérile sur une distance de 1 à 2 cm dans la cavité endocervicale et effectuer une rotation. Pour faciliter éventuellement la détection, utiliser la brosse Cytobrush^{MD} (il ne faut pas utiliser cette brosse chez les femmes enceintes).
- Faire tourner l'écouvillon pendant 10 à 30 secondes et le retirer.
- Utiliser un écouvillon pour préparer le frottis (voir page 60) et ensemencer directement le milieu de culture ou placer l'écouvillon dans un milieu de transport.

Préparation d'un frottis de Papanicolaou (test de Pap)

- Prélever un échantillon de l'exocol avec une spatule en effectuant deux rotations de 360°. Placer l'échantillon sur un côté de la lame, NE PAS frotter encore.
- Prélever un échantillon de l'endocol avec la brosse Cytobrush^{MD} en effectuant une rotation de 180° (sans frotter). En exerçant une pression modérée sur l'échantillon de l'exocol, rouler la cytobrosse, frottant ainsi les prélèvements exocervical et endocervical sur la surface de la lame.
- Fixer immédiatement le frottis; vaporiser rapidement le frottis avec un fixatif cytologique ou laisser sécher à l'air.

Note : L'évaluation des frottis est peu fiable en présence de sang (p. ex. menstruations).

- Dans le cas des femmes qui ont subi une hystérectomie, les échantillons pour la recherche de *C. trachomatis* et de *N. gonorrhoeae* peuvent être prélevés au niveau de l'urètre, du vagin et de l'anus.

Prélèvements vaginaux

- **Il n'est PAS généralement recommandé d'effectuer des prélèvements vaginaux pour le diagnostic en laboratoire de MTS**
  - SAUF pour la prise en charge des vulvo-vaginites (voir page 99) et des cas d'abus sexuel à l'endroit d'un enfant (voir page 233).
- Les préparations à l'état frais et les frottis colorés par la méthode de Gram sont utiles pour le diagnostic de la vulvo-vaginite, de la candidose, de la vaginose bactérienne et de la trichomonase.
- Les prélèvements vaginaux sont habituellement effectués chez les adolescentes et les femmes adultes dans le cadre de l'examen au spéculum.
- Chez les jeunes filles impubères, les échantillons de lavage vaginal sont privilégiés et sont mieux acceptés par les patientes. Si c'est impossible, on utilisera des écouvillons imprégnés d'eau.
- Chez les très jeunes enfants, on utilisera un écouvillon très fin.

Mode de prélèvement des sécrétions vaginales

- Prélever les sécrétions vaginales accumulées, s'il y en a.
- À défaut de sécrétions, passer l'écouvillon sur la paroi au niveau du cul-de-sac postérieur du vagin, préparer un frottis (voir page 60) ou placer l'écouvillon dans un milieu de transport.

Préparation à l'état frais pour la recherche d'une trichomonase, de levures et de "clue cells"

- Verser plusieurs gouttes de sérum physiologique sur une lame avant de prélever l'échantillon.
- Effectuer le prélèvement dans le vagin, utiliser l'écouvillon pour mesurer le pH.
- Faire tourner le sérum physiologique avec l'écouvillon.
- Recouvrir la préparation d'une lamelle.
- Examiner immédiatement au microscope.

Préparation d'hydroxyde de potassium (KOH)

- Utiliser la même technique que pour les préparations humides, mais en remplaçant le sérum physiologique par une solution d'hydroxyde de potassium à 10 %.

Prélèvements rectaux

- Les échantillons peuvent être prélevés à l'aveugle ou à travers un anuscope. Cette dernière technique est préférable chez les patients symptomatiques.
- Les prélèvements rectaux ne peuvent servir qu'aux cultures.

Mode de prélèvement au niveau du rectum

- Pour le prélèvement à l'aveugle, insérer l'écouvillon sur une distance de deux à trois cm dans le canal anal, en le pressant sur les parois pour éviter les matières fécales et, lorsqu'il s'agit de la détection de *C. trachomatis*, pour obtenir des cellules épithéliales cylindriques.
- Si une contamination fécale est visible, jeter l'écouvillon et recommencer l'opération.
- Si l'on utilise un anuscope, la contamination fécale peut être évitée et les échantillons peuvent être prélevés sous visualisation directe.

Prélèvements au niveau du pharynx

- Les échantillons de sécrétions pharyngées ne peuvent servir qu'aux cultures.
- On ne dispose pas pour le moment de données suffisantes sur le rendement des épreuves sans culture à partir d'échantillons de sécrétions pharyngées.
- Pour le diagnostic de la gonococcie, les milieux de culture et de transport standard ne sont PAS idéaux (voir page 61).

Mode de prélèvement au niveau du pharynx

- Passer l'écouvillon à l'arrière du pharynx et sur les cryptes amygdaliennes.
- Se servir ensuite de l'écouvillon pour inoculer un milieu de culture approprié ou le placer dans un milieu de transport.
- Chez les nourrissons, prélever par aspiration un échantillon de sécrétions nasopharyngées.

Prélèvements au niveau des lésions

Herpes simplex (VHS)

- Chez les patients symptomatiques, on prélèvera de préférence pour les cultures du liquide des vésicules.

Pour la détection du VHS chez les patients symptomatiques

Vésicules :

- Il faut soulever le dessus de la vésicule et prélever le liquide en passant l'écouvillon sur la lésion.

Ulcères :

- Avertir le patient que le prélèvement peut être douloureux.
- Passer l'écouvillon sur le lit de la lésion pour une culture et un examen direct.
- Pour un examen direct :
  - recueillir du matériel cellulaire en frottant bien avec un écouvillon ou en raclant doucement la base de la lésion
  - préparer des frottis, les laisser sécher à l'air, les fixer avec de l'acétone et les acheminer rapidement au laboratoire.
- Pour une culture :
  - utiliser l'écouvillon et le milieu de transport pour les virus fournis dans la trousse de prélèvement du laboratoire, car l'utilisation d'un autre écouvillon pourrait réduire les chances de détection.

- Il ne faut PAS prélever d'échantillons chez les patients asymptomatiques à moins qu'il s'agisse :
  - d'une femme enceinte dont la phase clinique active est terminée et dont le diagnostic n'a pas encore été confirmé
  - d'une femme en phase de travail qui a des antécédents d'ulcères génitaux ou a des lésions actives afin de pouvoir identifier les nouveau-nés à haut risque
  - d'un nouveau-né dont la mère peut avoir des antécédents d'herpès génital au moment de l'accouchement.

Pour la détection du VHS chez les patients asymptomatiques

Femmes :

- Utiliser un écouvillon trempé dans un milieu de transport pour les virus.
- Frotter le capuchon du clitoris, les petites lèvres, les grandes lèvres, le périnée et la région périanale, et placer l'écouvillon dans un milieu de transport.

Nouveau-nés :

- Utiliser un écouvillon trempé dans un milieu de transport pour les virus.
- Frotter délicatement la conjonctive, insérer dans la bouche et frotter délicatement le pourtour des lèvres, le conduit auditif externe, l'ombilic, les aisselles et l'aine, et placer l'écouvillon dans un milieu de transport.
- Les échantillons doivent être prélevés entre 24 et 48 heures après la naissance.

Treponema pallidum (syphilis)

- **Il faut communiquer avec le laboratoire pour obtenir les fournitures appropriées et des instructions.**

Pour la détection de *T. pallidum* au microscope à fond noir ou par immunofluorescence directe (IFD)

- Enlever les croûtes ou les débris sus-jacents.
- Nettoyer la lésion avec du sérum physiologique stérile ne contenant pas d'agent de conservation.
- Sécher la région et abraser la lésion avec un tampon de gaze stérile sec pour provoquer un léger saignement et l'exsudation de liquide tissulaire.
- Lorsqu'apparaît un suintement, essuyer les premières gouttelettes et attendre l'exsudation de liquide séreux relativement clair. Il est parfois nécessaire d'exercer une pression à la base de la lésion pour exprimer le liquide des tissus.
- Recueillir le liquide dans un tube capillaire ou une seringue de petit calibre.
- Sceller le tube ou recapuchonner la seringue et immobiliser le piston avant le transport.

- Veiller à ce que l'examen au microscope à fond noir soit effectué le plus tôt possible après le prélèvement.
- Pour une coloration par immunofluorescence, préparer des frottis (voir ci-dessous), les laisser sécher à l'air et les acheminer au laboratoire. On peut aussi expédier l'exsudat au laboratoire dans un tube capillaire.

Note : Dans le cas des femmes enceintes soupçonnées de souffrir de syphilis, il convient de prélever après l'accouchement des morceaux du placenta et de les soumettre à un test par immunofluorescence directe.

Haemophilus ducreyi (chancre mou)

- **Il faut communiquer avec le laboratoire pour obtenir des fournitures appropriées et des instructions.**

Pour la détection de *H. ducreyi*

- Débarrasser la lésion de tout exsudat.
- Prélever l'échantillon à la base de la lésion en évitant de prélever du pus.
- Étaler directement en boîte de Petri dans un milieu de culture approprié.

Préparation des frottis à colorer (p. ex. coloration de Gram, immunofluorescence)

- Il faut rouler délicatement l'écouvillon sur la lame. De cette façon, on préservera mieux la morphologie cellulaire que si l'on fait un vigoureux mouvement de va-et-vient sur la lame.
- Il faut ÉVITER d'étendre le frottis sur plus de 1 cm^2 de la lame.
- Pour la coloration de Gram (voir ci-dessous et page 61) et des colorations similaires, il faut laisser la lame sécher à l'air.
- Pour certaines épreuves sans culture (p. ex. pour la détection de *C. trachomatis*), on roule délicatement l'échantillon sur un puits situé sur la lame. On laisse sécher le frottis à l'air et on le fixe avec le fixatif fourni.

Coloration de Gram

- Dans la mesure du possible, on devrait obtenir l'aide et les conseils d'un technologiste de laboratoire expérimenté.
- La qualité des résultats dépendra de celle de l'échantillon, des réactifs et de la technique utilisés, de même que de l'expérience de la personne qui les interprète.
- Si l'on effectue une coloration de Gram, il convient d'utiliser la trousse de coloration de Gram vendue sur le marché.

Coloration de Gram

- Laisser sécher à l'air puis fixer le frottis avec du méthanol ou à la flamme.
- Déposer le violet de cristal sur la lame.
- Après 10 secondes, laver délicatement la lame à l'eau.
- Déposer l'iode sur la lame.
- Après 10 secondes, laver la lame à l'eau.
- Décolorer à l'acétone/alcool et rincer immédiatement à l'eau pour qu'il n'y ait pas plus de 10 secondes de contact avec le décolorant.
- Déposer la safranine ou la fuchsine sur la lame, attendre 10 secondes et rincer à l'eau.
- Bien éponger la lame à l'aide d'un papier filtre et l'examiner dans une immersion à l'huile (x 1 000).

Transport des échantillons

- **Dans tous les cas, il faut lire et suivre les instructions fournies par le laboratoire/fabricant.**
- Les conditions idéales de transport varient selon l'échantillon et le type de test qui sera effectué.
- Les pathogènes transmis sexuellement sont habituellement exigeants et fragiles. Les cultures et les techniques qui permettent de détecter des microorganismes viables peuvent donc donner des résultats faussement négatifs si le transport ne s'effectue pas dans des conditions idéales.
  - En général, le transport DOIT se faire le plus rapidement possible, tout en évitant les températures extrêmes (c.-à-d. température ambiante recommandée pour le transport).
  - Pour la culture de *C. trachomatis* et de *T. vaginalis*, les échantillons doivent être réfrigérés durant leur transport.
  - Pour *N. gonorrhoeae*, des milieux nutritifs et non nutritifs sont habituellement utilisés et il faut ÉVITER de réfrigérer les échantillons.
  - Pour le virus *Herpes simplex*, l'échantillon doit être réfrigéré durant le transport mais NE DOIT PAS ÊTRE CONGELÉ.

DIAGNOSTIC EN LABORATOIRE DES INFECTIONS GONOCOCCIQUES

- On effectuera de préférence une culture.
- La culture de *N. gonorrhoeae* est recommandée pour l'étude de la sensibilité aux antimicrobiens, dans les cas d'abus ou d'agression sexuelle et d'échec du traitement.
- La mise en évidence de diplocoques intracellulaires Gram négatif par coloration de Gram permet de poser un diagnostic.
- **Les méthodes sans culture telles que les tests d'amplification des acides nucléiques (p. ex. "PCR, LCR") et les épreuves immuno-enzymatiques (EIA) ne sont recommandés que lorsqu'une culture satisfaisante ne peut être effectuée en raison des retards dans le transport des échantillons.**
- Il n'existe PAS de tests sérologiques.

Détection de diplocoques intracellulaires Gram négatif

- La coloration de Gram est la méthode privilégiée pour l'identification microscopique directe de *N. gonorrhoeae*.
- La présence de diplocoques Gram négatif à l'intérieur de leucocytes polynucléaires (PN) a une forte valeur prédictive; leur présence à l'extérieur des PN n'en a PAS, et une confirmation par culture s'impose.
- La sensibilité et la spécificité de la coloration de Gram dépendent du type d'échantillon. La coloration de Gram d'échantillons d'écoulement urétral prélevés chez des adolescents et des hommes adultes a un degré de sensibilité et de spécificité supérieur à 95 %; les prélèvements endocervicaux chez les femmes adultes ont une sensibilité de 45 à 65 % et une spécificité de plus de 90 %.
- La sensibilité et la spécificité de la coloration directe de Gram pour les échantillons provenant d'autres sites étant faible, cette technique n'est pas recommandée.

Culture

- Le succès de la culture dépend de la qualité du prélèvement et des conditions de transport des échantillons.
- Là où c'est possible, les échantillons devraient être directement inoculés dans un milieu non sélectif et/ou sélectif (fourni par le laboratoire).
- Sinon, l'écouvillon doit être placé dans le milieu de transport indiqué et envoyé au laboratoire.
- Il existe deux systèmes de transport :
  - milieu non nutritif (p. ex. milieu d'Amies ou de Stuart), qui doit être gardé à la température ambiante et transporté au laboratoire le plus tôt possible; l'échantillon doit être inoculé dans un milieu de culture dans les 8 heures qui suivent le prélèvement

– milieu nutritif (p. ex. Milieu de Jembec ou de Transgrow), qui doit être utilisé pour des périodes de transport plus longues (de 8 à 48 heures) et doit être pré-incubé à 35 º C pendant 18 à 24 heures avant le transport.

Méthodes autres que les cultures

- Ces méthodes ne requièrent PAS d'organismes viables et sont idéales lorsque l'on ne peut éviter des retards dans le transport.
- Ces méthodes ne permettent PAS d'obtenir le microorganisme nécessaire pour l'étude de la sensibilité aux antimicrobiens.
- Elles ne conviennent que pour les prélèvements urétraux et cervicaux, et pour les échantillons d'urine seulement si l'on a recours à des tests d'amplification des acides nucléiques (p. ex. "PCR").
- Les tests d'amplification des acides nucléiques (p. ex. "PCR, LCR") ne sont PAS recommandés pour vérifier si le patient est guéri moins de 3 semaines après la fin du traitement.
- Pour des raisons médico-légales, un résultat positif à des tests d'amplification des acides nucléiques devrait être confirmé au moyen d'une série d'amorces différentes.

DIAGNOSTIC EN LABORATOIRE DE LA CHLAMYDIOSE

- Les résultats dépendent fortement du type de test offert, de la qualité du prélèvement, des conditions de transport des échantillons ainsi que de l'expertise du laboratoire.
- **Il convient de communiquer avec le laboratoire pour obtenir des instructions spécifiques avant d'envoyer des échantillons et il faut lire et suivre les instructions sur la trousse de détection concernant le prélèvement et le transport des échantillons.**

Culture

- La culture a toujours été considérée comme la méthode privilégiée de diagnostic en laboratoire, en particulier pour des raisons médico-légales, car elle est plus spécifique que les épreuves sans culture.
- La culture a été remplacée ces dernières années par la détection des antigènes et d'autres épreuves sans culture qui n'exigent pas des conditions de transport aussi strictes pour préserver la viabilité des échantillons; elles permettent aussi l'étude par lots et une certaine automatisation, et le délai d'exécution est de quatre heures et moins.

Tests d'amplification des acides nucléiques

- Les tests d'amplification des acides nucléiques (p. ex. "PCR, LCR") se sont révélés plus sensibles et plus spécifiques (degré de spécificité de 98 à 100 %) que la culture, en particulier lorsqu'il est difficile de transporter les échantillons.
- Ces techniques conviennent dans le contexte médico-légal à la condition que les résultats positifs soient confirmés à l'aide d'une série d'amorces différente.
- Les résultats faussement positifs sont rares. Des faux positifs sont possibles en raison de la présence d'inhibiteurs dans l'échantillon.
- Les prélèvements non invasifs tels que les échantillons d'urine peuvent être utilisés, rendant les tests plus faciles à accepter par les patients.
- *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* peuvent tous les deux être détectés dans un seul et même échantillon.
- La viabilité de l'échantillon n'est pas nécessaire pour ces tests, mais les conditions de transport varient. **Il convient de consulter le laboratoire pour obtenir des instructions concernant le prélèvement et le transport des échantillons.**

Tests au moyen d'amorces d'acides nucléiques

- Ils sont moins sensibles que les tests d'amplification des acides nucléiques.
- Les échantillons doivent être transportés à la température ambiante.

- *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* peuvent tous les deux être détectés à partir d'un seul et même échantillon.
- Ces tests ne sont PAS recommandés à des fins médico-légales.

Tests de détection des antigènes

Dosage immuno-enzymatique (EIA)

- Des faux positifs peuvent survenir, en particulier dans les populations où la prévalence de l'infection est faible. Tous les résultats positifs DOIVENT être confirmés par un test de neutralisation ou par immunofluorescence directe.
- Cette technique ne permet pas de déterminer la qualité des échantillons.
- Les échantillons doivent être transportés à la température ambiante.
- Ces tests ne sont PAS recommandés pour des raisons médico-légales ou pour des prélèvements rectaux, nasopharyngés et urinaires.

Immunofluorescence directe (IFD)

- Cette méthode est plus sensible que l'EIA mais des faux positifs sont possibles car la lecture des résultats est subjective. Ces tests ne sont donc PAS recommandés dans les populations où la prévalence de l'infection est faible ou à des fins médico-légales.
- La présence de cellules épithéliales permet de déterminer si l'échantillon est satisfaisant.
- Les échantillons doivent être transportés à la température ambiante.
- Les résultats peuvent être disponibles dans les 30 minutes qui suivent la réception de l'échantillon.
- Cette méthode n'est PAS recommandée pour les prélèvements rectaux ni pour les échantillons d'urine.

Sérologie

- La détection des IgM dirigées contre *C. trachomatis* est utile pour le diagnostic de la pneumonie à *C. trachomatis* chez les nourrissons de moins de trois mois.
- Une sérologie est rarement utile pour le diagnostic des infections génitales aiguës à *Chlamydia* chez les jeunes et les adultes.
- Des concentrations élevées d'IG dirigées contre *C. trachomatis* chez les femmes infertiles peuvent évoquer une infection génitale haute. Des taux élevés d'IG dirigées contre les sérotypes de *C. trachomatis* responsables du lymphogranulome vénérien (LGV) peuvent évoquer un LGV. Il convient de consulter un collègue avec expertise dans le domaine.

DIAGNOSTIC EN LABORATOIRE DES INFECTIONS À VIRUS *HERPES SIMPLEX* (VHS)

Sérologie

- Les épreuves sérologiques ne remplacent PAS la détection de l'agent.

- Les épreuves sérologiques spécifiques au type pour indiquer l'exposition antérieure au virus *Herpes simplex* de type 1 ou 2 ont une application clinique limitée (voir *Infections génitales à VHS*, page 184). Elles peuvent être utilisées pour :
  - déterminer quand les femmes enceintes qui n'ont pas d'antécédents d'herpès sont à risque de contracter une primo-infection herpétique d'un partenaire.
  - conseiller les partenaires de longue date concernant les comportements sexuels lorsqu'on ignore s'ils sont aussi infectés par le VHS-2.
  - Il faut consulter un collègue expérimenté dans le domaine.

Méthode de détection en laboratoire

- La culture demeure la méthode préférée de diagnostic en laboratoire à moins que le transport des échantillons ne compromette la viabilité du virus.

Test		Sensibilité %	Spécificité %	Commentaires
Culture	Méthode standard	> 99 %	100 %	■ méthode privilégiée ■ 75 % des échantillons sont positifs après deux jours ■ isolats peuvent être entreposés ■ possibilité de typage
	Méthode rapide (Culture en micro-puits)	85 %	100 %	■ centrifugation nécessaire ■ possibilité de détection de l'antigène en une nuit ■ possibilité de typage
Méthodes de détection des antigènes (EIA, IFD, IFI)		50-90 %	65-90 %	■ ne conviennent PAS pour les prélèvements cervicaux ■ ne conviennent PAS pour les échantillons provenant de patients asymptomatiques ■ possibilité de typage
Méthodes cytologiques (TZANCK)		40-60 %	100 % pour le groupe des herpèsvirus	■ prélèvement à l'aide d'un écouvillon d'un échantillon à la base de la vésicule / ulcère préférable pour les tests ■ détection des changements cytopathologiques ■ PAS de possibilité de typage
Amplification par la polymérase (PCR)		> 99 %	> 99%	■ utile dans les infections du SNC causées par le VHS (p. ex. échantillon de liquide céphalo-rachidien)

DIAGNOSTIC EN LABORATOIRE DE L'INFECTION DUE AU VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (VIH)

Sérologie

- La recherche dans le sérum de l'anticorps anti-VIH est la méthode standard utilisée pour le diagnostic de l'infection à VIH chez les personnes de plus de 18 mois.
- Un test de dépistage, habituellement un dosage immuno-enzymatique (EIA), est effectué. Si l'on obtient une réaction positive répétée ou si le résultat est équivoque, un test supplémentaire de confirmation, tel que le Western Blot ou une réaction d'immunofluorescence indirecte (IFI), est effectué à partir du même échantillon.
- Il est possible de détecter l'anticorps anti-VIH chez au moins 97 % des sujets qui ont été infectés dans les 3 derniers mois et chez 99 % des personnes infectées six mois auparavant.
- Les tests de détection de l'anticorps anti-VIH ne permettent pas d'écarter la possibilité d'une infection survenue il y a moins de 6 mois avant le test.

Interprétation de la sérologie de l'infection à VIH

- Les résultats au test de détection des anticorps anti-VIH sont déclarés comme étant positifs, négatifs ou indéterminés :

Résultats positifs répétés confirmés :

- Ils indiquent la présence d'anticorps anti-VIH à la suite d'une infection par le VIH ou de la transmission verticale passive du virus.
- Si un sujet est porteur de l'anticorps, un nouveau test devrait être effectué à partir d'un second échantillon.

Résultats négatifs :

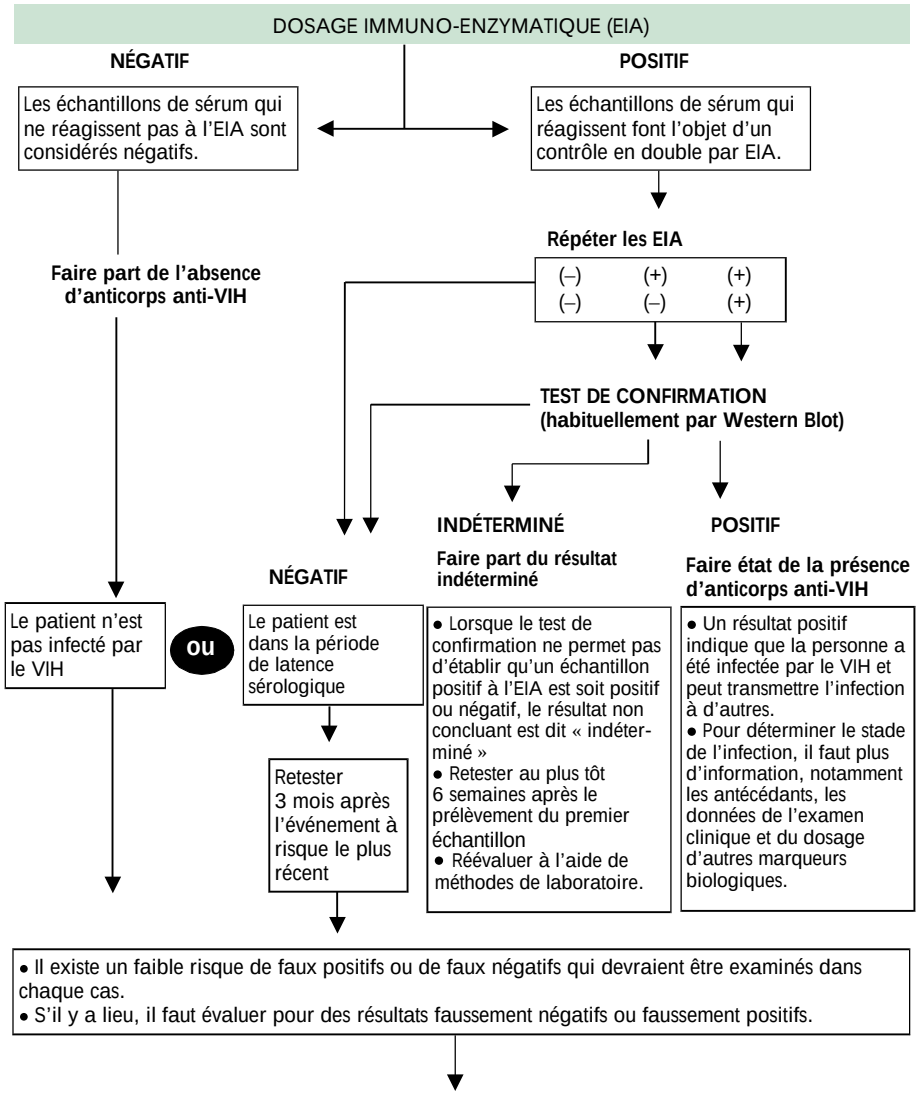
- Ils indiquent l'absence d'anticorps anti-VIH.
- Durant la période de latence sérologique (entre la primo-infection et la détection des anticorps), le sujet peut obtenir des résultats négatifs aux test de détection des anticorps.

Résultats indéterminés :

- Ils indiquent que le test de dépistage a donné des réactions positives répétées MAIS que les résultats au test de confirmation ne sont ni positifs ni négatifs.
- Les personnes qui obtiennent des résultats indéterminés devraient être soumises à un nouveau test après 3 à 6 mois.

- Un résultat positif à un dosage immuno-enzymatique (EIA) doit être vérifié au moyen d'un second test différent, habituellement le Western Blot.
- Certaines techniques spécialisées peuvent devoir être utilisées pour lever l'ambiguïté des résultats aux test de détection des anticorps.
- En raison de la persistance des anticorps anti-VIH transmis passivement par la mère, un résultat positif aux test de détection des anticorps anti-VIH chez un enfant de < 18 mois ne signifie pas une infection à VIH. Certains tests comme la détection de l'antigène p24 , la recherche du VIH par PCR et la culture du virus peuvent permettre de distinguer les enfants réellement infectés (voir page 71).
- Il arrive que des résultats positifs répétés aux tests de dépistage ne soient pas confirmés par un second test indépendant. Il s'agit alors de résultats faussement positifs non spécifiques et les personnes à risque devraient subir un nouveau test après 3 à 6 mois.
- Pour le diagnostic de l'infection à VIH, on n'effectue une détection de l'antigène du VIH, des tests d'amplification des acides nucléiques (p. ex. PCR), une culture virale et des dosages de la charge virale que dans des cas spéciaux. Les dosages de la charge virale ne sont réalisés que pour déterminer le pronostic et évaluer l'impact du traitement antirétroviral.

Interprétation des tests de détection du VIH[a]


DOSAGE IMMUNO-ENZYMATIQUE (EIA)
NÉGATIF
POSITIF
Les échantillons de sérum qui ne réagissent pas à l'EIA sont considérés négatifs.
Les échantillons de sérum qui réagissent font l'objet d'un contrôle en double par EIA.
Répéter les EIA
(–) (+) (+)
(–) (–) (+)
Faire part de l'absence d'anticorps anti-VIH
TEST DE CONFIRMATION (habituellement par Western Blot)
INDÉTERMINÉ
POSITIF
NÉGATIF
Faire part du résultat indéterminé
Faire état de la présence d'anticorps anti-VIH
Le patient n'est pas infecté par le VIH
ou
Le patient est dans la période de latence sérologique
• Lorsque le test de confirmation ne permet pas d'établir qu'un échantillon positif à l'EIA est soit positif ou négatif, le résultat non concluant est dit « indéterminé »
• Retester au plus tôt 6 semaines après le prélèvement du premier échantillon
• Réévaluer à l'aide de méthodes de laboratoire.
• Un résultat positif indique que la personne a été infectée par le VIH et peut transmettre l'infection à d'autres.
• Pour déterminer le stade de l'infection, il faut plus d'information, notamment les antécédants, les données de l'examen clinique et du dosage d'autres marqueurs biologiques.
Retester 3 mois après l'événement à risque le plus récent
• Il existe un faible risque de faux positifs ou de faux négatifs qui devraient être examinés dans chaque cas.
• S'il y a lieu, il faut évaluer pour des résultats faussement négatifs ou faussement positifs.
DISCUSSION CONCERNANT LE COUNSELLING POST-TEST (Voir p. 205)

Note : (a) Adapté avec la permission de l'éditeur, *Le sérodiagnostic du VIH – Lignes directrices pour le counselling*, Association médicale canadienne, 1995; p.12.

Détection de l'antigène

- Le VIH peut être mis en évidence par la recherche de l'antigène p24.
- L'antigène p24 peut être détecté avant l'apparition de l'anticorps anti-VIH. Il est donc utile pour le diagnostic précoce de l'infection à VIH (c.-à-d. durant la période de latence sérologique) où les anticorps ne sont pas décelables.
- La recherche de l'antigène p24 est utile pour confirmer l'infection à VIH chez les nourrissons porteurs de l'anticorps.
- Les méthodes actuelles de dosage ne sont pas très sensibles. Si un résultat positif au test de détection de l'antigène peut être utile, un résultat négatif ne permet pas d'écarter la possibilité qu'un patient se trouve dans la période « fenêtre » de latence sérologique.

Amplification des acides nucléiques et mesure de la charge virale

- **Il faut communiquer avec le laboratoire pour obtenir des instructions particulières avant d'acheminer les échantillons.**
- Ces méthodes sont très sensibles mais ont une application limitée pour le diagnostic systématique de l'infection à VIH.
- Elles sont utiles dans les situations spéciales suivantes :
  - chez les nourrissons dont la mère est séropositive pour le VIH, l'amplification des acides nucléiques (p. ex. "PCR") est actuellement le test diagnostique de choix
  - pour surveiller la progression de l'infection à VIH, pour prendre des décisions d'ordre thérapeutique et évaluer la réponse au traitement
  - pour des études en épidémiologie moléculaire.

Culture

- **Il faut communiquer avec les laboratoires pour obtenir des instructions particulières avant d'acheminer des échantillons.**
- Il ne s'agit pas d'une technique routinière; elle est coûteuse et prend du temps.
- Elle est utile pour l'évaluation de l'état infectieux des nourrissons dont la mère est séropositive pour le VIH et lorsque les résultats des épreuves sérologiques ne sont pas concluants.
- Les échantillons privilégiés pour la culture du virus sont les cellules mononucléées du sang et le liquide céphalo-rachidien (LCR).

DIAGNOSTIC EN LABORATOIRE DE LA SYPHILIS

- La détection directe de *Treponema pallidum* au microscope à fond noir ou par immunofluorescence est utile lorsqu'une lésion est présente.
- Il n'est PAS possible d'effectuer une culture.
- Chez les nouveau-nés atteints ou soupçonnés d'être atteints d'une syphilis congénitale, il faut prélever du liquide céphalo-rachidien (LCR) avant d'entreprendre le traitement.

Examen au microscope à fond noir/ immunofluorescence

- **Il faut communiquer avec le laboratoire pour obtenir des instructions particulières avant d'acheminer des échantillons.**
- L'examen se fait sur les sérosités exprimées de la lésion ou qui en sont extraites par un grattage vigoureux en vue de détecter *T. pallidum.*

Avantages :	**Inconvénients :**
■ Ils permettent tous les deux d'obtenir rapidement des résultats. ■ Ils peuvent donner tous les deux des résultats positifs lorsque les résultats des tests sérologiques sont encore négatifs. ■ L' immunofluorescence directe est utile pour les lésions buccales et rectales.	■ L'examen au microscope à fond noir doit se faire immédiatement et requiert une expertise; des faux positifs peuvent survenir lorsque le patient prend des médicaments et des antimicrobiens systémiques. ■ L'examen au microscope à fond noir n'est PAS utile pour les lésions buccales/rectales.

Sérologie

- Les épreuves sérologiques sont le plus souvent utilisées pour le diagnostic et permettent également de suivre la syphilis.
- La sensibilité et la spécificité des épreuves sérologiques varient selon le type de test effectué et le stade d'évolution de la maladie.
- La sérologie est la seule méthode de détection d'une syphilis latente et tertiaire.
- Certains laboratoires peuvent effectuer des tests d'amplification des acides nucléiques (p. ex. "PCR"). Il faut communiquer avec le laboratoire pour obtenir plus d'information.
- Il existe deux types d'épreuves sérologiques : les non tréponémiques et les tréponémiques.

Tests non tréponémiques	
■ Épreuves de première ligne utilisées pour le dépistage; détectent les antigènes qui ne sont PAS spécifiques aux tréponèmes. Citons entre autres le VDRL (Venereal Disease Research Laboratory test), le test rapide de la réagine plasmatique (RPR); le test à la réagine automatisé (ART), le test sérologique non chauffé au rouge de toluidine (TRUST), le test de dépistage des réagines (RST) et le dosage immuno-enzymatique (EIA)	
Avantages :	**Inconvénients :**
■ rapides et techniquement simples ■ test VDRL utile pour l'évaluation du liquide céphalo-rachidien (LCR) ■ utiles comme indicateurs d'une réinfection ■ permettent de quantifier le degré de réactivité et de voir si le traitement est adéquat en vérifiant la diminution du titre.	■ délai de une à quatre semaines entre l'apparition du chancre primaire et la détection de l'anticorps ■ faux positifs à cause la réactivité croisée non spécifique (voir tableau, page 75) ■ faux négatifs chez jusqu'à 40 % des cas de syphilis primaire et 25 % des cas de syphilis latente tardive non traitée.

Réactions tréponémiques	
■ Tests complémentaires utilisés pour confirmer les résultats des réactions non tréponémiques; permettent de détecter les anticorps dirigées contre les éléments cellulaires des tréponèmes. Citons entre autres : le test d'agglutination de *Treponema pallidum* (TP-PA), le test d'immunofluorescence absorbée (FTA-ABS) et la réaction de microhémagglutination pour le *Treponema pallidum* (MHA-TP).	
Avantages :	**Inconvénients :**
■ confirmation des résultats des réactions non tréponémiques ■ le FTA-ABS est très sensible et le premier test sérologique à donner un résultat positif dans la syphilis infectieuse	■ réaction croisée avec les tréponématoses non vénériennes (p. ex. pian, pinta et syphilis non vénérienne) ■ non utiles pour l'évaluation du LCR ■ non utiles pour l'évaluation de la réponse au traitement ou la surveillance des réinfections.

Note : LCR : liquide céphalo-rachidien.

Sensibilité et spécificité du sérodiagnostic de la syphilis

Type de test	Stade de la maladie : sensibilité %[(a)]				Spécificité %
	Primaire	Secondaire	Latente précoce	Tardive / tertiaire	
Non tréponémique					
■ VDRL	78 (59-87)	100	95 (88-100)	71 (37-94)	98 (96-99)
■ RPR	86 (77-100)	100	98 (95-100)	73	98 (93-99)
■ RST	82 (77-86)	100	95 (88-100)	—	97
■ TRUST	85 (77-86)	100	98 (95-100)	—	99 (98-99)
Tréponémique					
■ MHA-TP	76 (64-90)	100	97 (94-100)	97 (94-100)	99 (98-100)
■ FTA-ABS	86 (70-100)	100	100	96	97 (94-100)

Note : (a) Les chiffres entre parenthèses indiquent l'intervalle de variation.

Causes des faux positifs au sérodiagnostic de la syphilis

Réactions non tréponémiques

- **causes d'origine infectieuse :**
  - endocardite bactérienne
  - chancre mou
  - varicelle
  - mononucléose infectieuse
  - lèpre
  - lymphogranulome vénérien
  - paludisme
  - rougeole
  - *Mycoplasma pneumoniae*
  - pneumonie à pneumocoques
  - rickettsiose
  - tuberculose
  - hépatite virale
  - réaction croisée avec d'autres tréponématoses (pian et pinta)
- **Causes d'origine non infectieuse :**
  - affection maligne avancée
  - âge avancé
  - hépatopathie chronique
  - maladie du tissu conjonctif (p. ex. lupus érythémateux)
  - utilisation de drogues injectables
  - myélome multiple
  - grossesse

Réactions tréponémiques spécifiques

- **Causes d'origine infectieuse :**
  - réaction croisée avec d'autres tréponématoses (pian et pinta)
  - herpès génital
  - mononucléose infectieuse
  - lèpre
  - maladie de Lyme
  - paludisme
- **Causes d'origine non infectieuse :**
  - lupus érythémateux
  - thyroïdite

PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENT DE CERTAINS SYNDROMES

URÉTRITE

Définition

- Inflammation de l'urètre accompagnée d'un écoulement urétral mucoïde, mucopurulent ou purulent.
- Augmentation du nombre de leucocytes polynucléaires (PN) dans les sécrétions urétrales (moyenne de 4 PN ou plus dans 5 champs microscopiques sur un frottis, au grossissement à immersion dans l'huile [x 1000]).

Considérations spéciales dans le cas des enfants

- S'il y a des symptômes ou des signes de pyurie inexpliquée chez un jeune garçon impubère ou un adolescent qui n'est pas actif sexuellement, il faut envisager la possibilité d'un abus sexuel (voir *Abus sexuels à l'égard des enfants*, page 233).
- Une pyurie accompagnée d'une culture d'urine négative chez les jeunes garçons impubères peut être due à une urétrite transmise sexuellement.

Considérations spéciales dans le cas des femmes

- Une infection urétrale due à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* accompagnée ou non d'une cervicite n'est pas rare.
- Au nombre des symptômes possibles figurent une dysurie et une pollakiurie, ce qui peut faire penser à une cystite.
- Une pyurie accompagnée d'une culture d'urine négative chez des femmes sexuellement actives peut être due à une urétrite transmise sexuellement.

Étiologie

- Principales causes :
  - *Chlamydia trachomatis*
  - *Neisseria gonorrhoeae.*
- Autres causes :
  - *Ureaplasma urealyticum* – souvent présent, mais sa présence n'est pas en soi une indication de traitement (voir *Mises en garde*, page 79)
  - *Trichomonas vaginalis* – peu fréquent
  - virus *Herpes simplex* (VHS) – rare en l'absence de lésions génitales.

Note : L'infection peut ne pas être accompagnée de signes ou symptômes ni d'une augmentation du nombre de PN, mais doit quand même être traitée.

Caractéristiques diagnostiques

- En présence des signes ou symptômes suivants, il convient d'examiner rapidement la possibilité d'une urétrite :

	Enfants	Adolescents et adultes
Symptômes	■ écoulement urétral ■ sensation de brûlure à la miction ■ irritation au niveau de l'extrémité distale de l'urètre ou du méat ■ refus d'uriner ■ énurésie ■ vagues douleurs abdominales basses	■ écoulement urétral ■ sensation de brûlure à la miction ■ irritation au niveau de l'extrémité distale de l'urètre ou du méat
Signes	■ écoulement urétral (fréquent) ■ inflammation du méat (rare) ■ pyurie inexpliquée chez un adolescent ou un adulte ■ taches dans les sous-vêtements	

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire – adolescents et adultes

Note : Pour les enfants impubères, voir *Prélèvements urétraux*, page 78.

- Il faut examiner les organes génitaux, particulièrement pour détecter un écoulement urétral. Il faudra traire l'urètre (masser le pénis trois ou quatre fois de la base jusqu'au gland) ou réévaluer le patient au moins 2 heures après la dernière miction.

S'IL Y A écoulement au niveau du méat	**S'IL N'Y A PAS d'écoulement au niveau du méat :**
■ prélever un échantillon d'écoulement à l'aide d'un écouvillon pour un frottis coloré (habituellement par la méthode de Gram) et effectuer d'autres tests diagnostiques pour la recherche de *N. gonorrhoeae*	■ prélever un échantillon endo-uréthral à l'aide d'un écouvillon en vue d'un frottis coloré (habituellement par la méthode de Gram) et d'autres tests de détection de *N. gonorrhoeae*

- si l'on a accès à des techniques d'amplification des acides nucléiques (p. ex. "PCR", "LCR"), les 10 à 15 premiers ml de toute miction constituent un échantillon adéquat pour la recherche de *Chlamydia* (voir page 54)
- si l'on n'a pas accès à la "PCR/LCR", insérer un écouvillon sur une distance de 3 à 4 cm dans l'urètre afin de mettre en évidence *C. trachomatis*

- si l'on a accès à des techniques d'amplification des acides nucléiques (p. ex. "PCR", "LCR"), les 10 à 15 premiers ml de toute miction constituent un échantillon adéquat pour la recherche de *Chlamydia* (voir page 54)
- si l'on n'a pas accès à la "PCR/LCR", insérer un écouvillon sur une distance de 3 à 4 cm dans l'urètre afin de mettre en évidence *C. trachomatis*

Mises en garde

- Un diagnostic d'infection urinaire peut être erronément porté chez les adolescents et adolescentes atteints d'une urétrite.
- La présence d'*U. urealyticum* n'est pas en soi une indication de traitement
  - le recours systématique aux cultures pour mettre en évidence *U. urealyticum* n'est pas indiqué vu que son isolement dans une culture ne prouve pas qu'il est à l'origine de l'urétrite.
- Les streptocoques du groupe B et *Gardnerella vaginalis* ne sont pratiquement jamais la cause d'une urétrite, et une culture des écoulements urétraux pour la mise en évidence de ces bactéries ne devrait pas être effectuée.
- Les signes et symptômes suivants ne sont pas caractéristiques d'une urétrite et évoquent d'autres causes :
  - hématurie, frissons, fièvre, pollakiurie, nycturie, miction impérieuse, douleur périnéale, masses au niveau du scrotum, difficulté à initier la miction ou réduction du débit urinaire, adénopathie inguinale douloureuse (voir *Épididymite*, page 114; *Ulcérations génitales*, page 123, et *Prostatite*, page 118).
- En l'absence de lésions externes, l'urétrite ne peut être attribuée à une infection à levures.

Prise en considération d'autres MTS

- Voir *Approche clinique pour le diagnostic et la prise en charge des MTS*, page 41.
- Des tests de détection du VIH et un counselling sont recommandés (voir page 202-203).
- Une immunisation contre l'hépatite B est recommandée (voir page 129).
- On peut considérer obtenir un échantillon de sang pour des tests sérologiques de détection de la syphilis (voir page 174).

Prise en charge et traitement

- Pour garantir l'observance du schéma thérapeutique, un traitement à dose unique sous observation directe est à privilégier.
- La prise en charge et le traitement varient selon que l'on dispose des résultats des frottis colorés.

Résultats non encore disponibles	
Écoulement urétral détecté	Traiter comme il s'agissait d'une urétrite à *N. gonorrhoeae* et à *C. trachomatis* : **Patients de 9 ans ou plus :** ■ céfixime, 400 mg *per os* en dose unique PLUS azithromycine, 1 g *per os* en dose unique OU doxycycline, 100 mg *per os* 2 fois par jour pendant 7 jours[(b)] **Patients de moins de 9 ans :** ■ céfixime, 8 mg/kg *per os* en dose unique (max. 400 mg) PLUS azithromycine, 12-15 mg/kg *per os* en dose unique (max. 1 g) OU érythromycine, 40 mg/kg en doses fractionnées (max. 500 mg 4 fois par jour) pendant 7 jours **Note** : Pour avoir des renseignements sur les autres schémas thérapeutiques, voir *Infections gonococciques*, page 159.
Aucun écoulement urétral détecté	■ reporter le traitement antimicrobien jusqu'à l'obtention des résultats des analyses microbiologiques – s'ils sont positifs, traiter en conséquences (voir section sur la MTS en cause). ■ si l'histoire de cas révèle que le patient court un risque élevé d'infection, songer à traiter pour une urétrite à *N. gonorrhoeae* et à *C. trachomatis* si l'on ne peut garantir un suivi adéquat.

Résultats disponibles	
L'étude des frottis révèle une augmentation du nombre de PN[(a)] et de diplocoques intracellulaires Gram négatif	Traiter comme il s'agissait d'une urétrite à *N. gonorrhoeae* et à *C. trachomatis* : **Patients de 9 ans ou plus :** ■ céfixime, 400 mg *per os* en dose unique PLUS azithromycine, 1 g *per os* en dose unique OU doxycycline, 100 mg *per os* 2 fois par jour pendant 7 jours [(b)] **Patients de moins de 9 ans :** ■ céfixime, 8 mg/kg *per os* en dose unique (max. 400 mg) PLUS azithromycine, 12-15 mg/kg *per os* en dose unique (max. 1 g) OU érythromycine, 40 mg/kg en doses fractionnées (max. 500 mg 4 fois par jour) pendant 7 jours **Note** : Pour avoir des renseignements sur les autres schémas thérapeutiques, voir *Infections gonococciques*, page 159.
L'étude des frottis révèle une augmentation du nombre de PN[(a)] mais une absence de diplocoques intracellulaires	Traiter pour une urétrite non gonococcique : **Patients de 9 ans ou plus :** ■ azithromycine, 1 g *per os* en dose unique OU doxycycline, 100 mg *per os* 2 fois par jour pendant 7 jours[(b)] **Enfants de moins de 9 ans :** ■ azithromycine, 12-15 mg/kg *per os* en dose unique (max. 1 g) OU érythromycine, 40 mg/kg/jour *per os* en doses fractionnées (max. 500 mg 4 fois par jour) pendant 7 jours[(b, c)] **Note** : Pour avoir des renseignements sur les autres schémas thérapeutiques, voir *Chlamydiose*, page151.

L'étude des frottis révèle la présence de moins de 4 PN en moyenne dans 5 champs (x 1000)	Attendre avant de traiter aux antimicrobiens d'obtenir les résultats des analyses microbiologiques : ■ si les résultats sont positifs, traiter en conséquence (voir section sur la MTS en cause). OU ■ si l'histoire de cas révèle que le patient court un risque élevé d'infection, envisager de traiter pour une urétrite à *N. gonorrhoeae* et à *C. trachomatis* si l'on ne peut garantir un suivi.

Notes :

(a) En moyenne, ≥ 4 PN par champ (x 1000) dans 5 champs.

(b) La doxycycline coûte moins cher, mais l'observance est meilleure avec l'azithromycine, en particulier dans les populations à haut risque telles que les jeunes de la rue.

(c) Les doses d'érythromycine s'appliquent à l'érythromycine base. On peut les remplacer par des doses équivalentes d'autres formules sauf l'estolate chez les femmes enceintes.

Prévention

- Lorsqu'un patient consulte pour des problèmes associés aux MTS ou à la contraception, il faut saisir cette occasion importante pour l'informer et l'encourager à toujours avoir des relations sexuelles protégées.
- Au moment du diagnostic d'une MTS, il faut passer en revue et surveiller les méthodes de prévention.
- Il convient de cerner les obstacles à la prévention et les moyens de les surmonter.
- Voir *Prévention primaire des MTS*, page 31.
- Les patients et leurs partenaires devraient attendre la fin de leurs traitements – si c'est un traitement de 7 jours ou 7 jours après la prise de la dose unique – avant d'avoir des relations sexuelles non protégées.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Les cas de maladie à déclaration obligatoire en vertu des lois et règlements provinciaux et territoriaux doivent être signalés aux autorités sanitaires locales.
- Lorsqu'un traitement est indiqué pour le cas index, tous les partenaires qui ont eu des contacts sexuels avec celui-ci au moins dans les 60 jours précédant l'apparition des symptômes devraient être retracés, soumis à une évaluation clinique et traités adéquatement. Les personnes qui sont traitées pour une infection gonococcique devraient également recevoir un traitement contre la chlamydiose.
- Les autorités sanitaires locales devraient contribuer à la notification aux partenaires et à l'orientation de ceux-ci pour qu'ils subissent une évaluation clinique, des tests, un traitement et reçoivent des services d'éducation sanitaire.
- La recherche des causes d'une urétrite chez les partenaires au moyen de tests peut faciliter le diagnostic et le dépistage du cas index.

Suivi

- On ne répète pas habituellement les tests de détection de *N. gonorrhoeae* et de *C. trachomatis* si le traitement recommandé a été administré et suivi, si les signes et symptômes disparaissent et si le sujet n'est pas réexposé à un partenaire non traité.
- Les enfants devraient être soumis à un test de contrôle (voir page 243).
- Lorsque les données cliniques ou les résultats des analyses microbiologiques démontrent l'échec du traitement, il convient d'examiner les possibilités suivantes :
  - résultat faussement positif
  - non-observance du régime thérapeutique
  - réexposition à un partenaire non traité
  - infection contractée d'un nouveau partenaire
  - infection due à d'autres agents pathogènes
  - cause autre qu'une infection.

CERVICITE CHEZ LES ADOLESCENTES ET LES FEMMES ADULTES

Définition

- Il s'agit d'une inflammation du col de l'utérus accompagnée d'un écoulement cervical mucopurulent ou purulent ET d'une augmentation du nombre de leucocytes polynucléaires (PN) dans les sécrétions endocervicales.
- Les critères utilisés pour définir la cervicite, en particulier lorsque les signes ne sont pas nombreux, ne sont pas encore très uniformes. Une augmentation du nombre de PN en l'absence d'autres marqueurs n'est pas un critère diagnostique spécifique pour la cervicite.
- La numération des PN sur frottis n'est pas une méthode valide durant les menstruations.
- La majorité des infections cervicales à *Chlamydia* ne s'accompagnent pas d'un écoulement cervical mucopurulent ou purulent évident.

Mise en garde

- Les signes et symptômes cliniques ci-dessus ne permettent pas de diagnostiquer les chlamydioses et les infections gonococciques; des tests spécifiques doivent être effectués dans le cas des femmes les plus à risque.
- Les femmes actives sexuellement sont « **à risque** » de souffrir d'une cervicite.
- Au nombre des femmes « **les plus à risque** », citons :
  - les contacts un cas connu de MTS
  - les personnes vivant dans la rue
  - les toxicomanes
  - les personnes qui ont eu un nouveau partenaire ou plus de 2 partenaires au cours des 6 derniers mois
  - celles qui ont des antécédents de MTS.

Considérations spéciales dans le cas des enfants

- On n'observe jamais de cervicite chez les jeunes filles impubères, mais plutôt une vaginite (voir *Vaginite prépubertaire*, page 108).

Étiologie

- Les principales causes de la cervicite sont :
  - *Chlamydia trachomatis*
  - *Neisseria gonorrhoeae*.
- Les infections à *C. trachomatis* et à *N. gonorrhoeae* sont souvent présentes sans signes ni symptômes, ni augmentation du nombre de PN; elles doivent néanmoins être traitées.

- La cervicite peut également être due au virus *Herpes simplex* (VHS), lequel provoque habituellement des lésions érosives et une atteinte de l'exocol en plus de lésions génitales externes.
- *Ureaplasma urealyticum* et *Mycoplasma hominis* ne causent pas de cervicite.

Caractéristiques diagnostiques

- La présence d'un des signes et symptômes suivants devrait justifier une évaluation rapide pour confirmer une cervicite chez les adolescentes et les femmes adultes :

Symptômes	■ écoulement vaginal ■ douleurs abdominales basses d'apparition récente ■ saignements vaginaux anormaux entre les menstruations, après le coït ou pendant une longue période ■ dyspareunie profonde
Signes	■ écoulement cervical purulent ou mucopurulent ■ saignement des muqueuses provoqué par le premier prélèvement endocervical ■ dans les cas d'ectopie, oedème et érythème dans la zone d'ectopie

Notes :
- Il est plus facile de déceler ces signes entre les menstruations.
- Ces signes comme ces symptômes ne sont pas des indicateurs très sensibles ni très spécifiques.

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire

- Étant donné que la cervicite et la vaginite coexistent fréquemment, il faut envisager ces deux possibilités chez chacune des patientes.

Examen gynécologique

- Procéder à un examen gynécologique et bien visualiser le col (y compris son orifice). Il faut parfois, à l'aide d'un écouvillon ou d'une gaze, enlever les sécrétions qui masquent le col.

Prélèvements endocervicaux

- Il faut faire des prélèvements endocervicaux à l'aide d'un écouvillon pour préparer un frottis (coloration de Gram) et pour les tests de détection de *N. gonorrhoeae* et de *C. trachomatis.*
- On doit passer un écouvillon sur les lésions cervicales pour un test de détection du VHS si l'on soupçonne une infection herpétique.

Frottis de Papanicolaou (test de Pap)

- On effectue un frottis de Papanicolaou si aucun test du genre n'a été effectué au cours des 12 mois précédents, en particulier s'il n'est pas sûr qu'un suivi soit effectué (voir *Préparation d'un frottis de Papanicolaou*, page 56).

Prélèvements vaginaux

- À l'aide d'un écouvillon, on procède à des prélèvements vaginaux pour une analyse du pH, un test de détection des odeurs d'amine, une préparation à l'état frais et une coloration de Gram (voir *Vulvo-vaginite chez les adolescentes et les femmes adultes*, page 99).

Examen bimanuel

- On effectue un examen bimanuel afin de déceler des signes d'atteinte inflammatoire pelvienne (voir *Atteintes inflammatoires pelviennes*, page 89).

Prise en considération d'autres MTS

- Voir *Approche clinique pour le diagnostic et la prise en charge des MTS*, page 41.
- Un test de détection du VIH et un counselling sont recommandés (voir page 203).
- Il y aurait lieu d'immuniser les patients contre l'hépatite B (voir page 129).
- Il faut songer à faire un prélèvement de sang pour des épreuves sérologiques de détection de la syphilis (voir page 174).

Notes :

- Il peut être plus facile de détecter *C. trachomatis* si l'on utilise une brosse cytologique (Cytobrush^{MD}) pour les prélèvements endocervicaux (non approuvée durant la grossesse).
- On peut augmenter les chances de détecter *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* en faisant un prélèvement urétral sur écouvillon pour un test de détection de *C. trachomatis* et un prélèvement rectal sur écouvillon pour un test de détection de *N. gonorrhoeae*.
- On ne devrait pas procéder à des cultures pour la mise en évidence d'*U. urealyticum* et *M. hominis* parce qu'il n'a pas été démontré que ces organismes pouvaient causer une cervicite.

Mises en garde

- S'il y a des signes à l'examen d'une sensibilité ou d'une masse utéro-annexielles, si l'on décèle une fièvre chez les femmes soupçonnées de souffrir d'une cervicite, il convient de procéder à une évaluation pour une AIP (voir page 89).
- Les patientes qui ont subi une hystérectomie totale peuvent quand même être infectées par *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae*, ou les deux, au niveau de l'urètre ou du rectum.

- La détection d'*U. urealyticum* ou de *M. hominis* n'est pas en soi une indication de traitement. La recherche systématique des mycoplasmes génitaux dans des cultures n'est pas indiquée.
- L'infection du col par le virus du papillome humain (VPH) ne donne pas de signes cliniques évidents d'une inflammation.

Prise en charge et traitement

- La prise en charge initiale varie selon le risque de chlamydiose et d'infection gonococcique de la patiente et selon qu'on a pu ou non obtenir les résultats d'un frottis coloré de sécrétions endocervicales lors de la première consultation.
- Pour s'assurer de l'observance du schéma thérapeutique à dose unique, un traitement sous observation directe est à conseiller.

« Les plus à risque » (voir page 84) OU l'étude des frottis révèle la présence de diplocoques intracellulaires Gram négatif	traiter pour une infection à *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*. ■ céfixime, 400 mg *per os* en dose unique PLUS azithromycine, 1 g *per os* en dose unique OU doxycycline, 100 mg *per os* 2 fois par jour pendant 7 jours[a] **Note** : Pour avoir des renseignements sur les autres schémas thérapeutiques, voir *Infections gonococciques*, page 159.
« À risque » (voir page 84) ET absence d'écoulement endocervical mucopurulent ou purulent et de dyplocoques intracellulaires Gram négatif	■ différer le traitement antimicrobien jusqu'à l'obtention des résultats des analyses microbiologiques ■ si les résultats sont positifs, traiter en conséquence (voir chapitre sur la MTS en cause)
Tableau clinique compatible avec une infection cervicale à virus *Herpes simplex* (VHS)	■ envisager un traitement pour l'infection à VHS (voir *Infections génitales à VHS*, page 184)

Note : a) L'observance du traitement est meilleure avec l'azithromycine qu'avec la doxycycline. Aucun de ces médicaments n'est recommandé durant la grossesse. On devrait administrer aux femmes enceintes de la céfixime ou de la ceftriaxone en PLUS de l'amoxicilline, 500 mg 3 fois par jour pendant 7 jours (voir *Infections gonococciques*, page 159, et *Chlamydiose*, page 151).

Prévention

- Lorsqu'une patiente consulte pour des problèmes liés aux MTS ou à la contraception, il faut saisir cette importante occasion pour l'informer et l'encourager à toujours avoir des relations sexuelles protégées.
- Au moment du diagnostic d'une MTS, il faut passer en revue les méthodes de prévention.
- Il faut cerner les obstacles à la prise de mesures de prévention et les moyens de les surmonter.
- Voir *Prévention primaire des MTS*, page 31.
- Les patientes et leurs partenaires devraient attendre la fin de leurs traitements – si c'est un traitement de 7 jours ou 7 jours après la prise de la dose unique – avant d'avoir des relations sexuelles non protégées.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Les cas de maladie dont la déclaration est obligatoire en vertu des lois et règlements provinciaux et territoriaux devraient être signalés aux autorités sanitaires locales.
- Lorsqu'un traitement est indiqué pour le cas index, tous les partenaires qui ont eu des contacts sexuels avec celui-ci dans les 60 jours précédant l'apparition des symptômes devraient être retracés, soumis à une évaluation clinique et traités comme il convient. Les personnes traitées pour une infection gonococcique devraient également suivre un traitement contre la chlamydiose.
- La recherche chez les partenaires des causes de la cervicite peut contribuer au diagnostic du cas index.
- Les autorités sanitaires locales peuvent contribuer à la notification aux partenaires, à l'orientation de ces derniers pour qu'ils subissent une évaluation clinique, des tests, un traitement et reçoivent des services d'éducation sanitaire.

Suivi

- Il faut prévoir un suivi; mais si le traitement recommandé est administré et observé, si les symptômes et signes disparaissent et si le patient n'est pas réexposé à un partenaire non traité, il n'est habituellement pas recommandé de répéter les tests de détection de *N. gonorrhoeae* et de *C. trachomatis*. Toutefois, les femmes traitées durant leur grossesse devraient subir un test de contrôle.
- Lorsque les données cliniques ou les résultats des analyses microbiologiques démontrent l'échec du traitement, il faut envisager les possibilités suivantes :
  - non-observance du régime thérapeutique
  - résultat faussement positif
  - réexposition à un partenaire non traité
  - infection contractée d'un nouveau partenaire
  - infection due à d'autres agents pathogènes
  - cause autre qu'une infection.

ATTEINTES INFLAMMATOIRES PELVIENNES

Définition

- L'expression « atteinte inflammatoire pelvienne » (AIP) est utilisée pour désigner un état inflammatoire intéressant l'endomètre, les trompes de Fallope, le péritoine pelvien et/ou les structures adjacentes.

  Note : La laparoscopie peut révéler la présence d'une salpingite ou d'une pelvipéritonite, ou les examens histologiques peuvent mettre en évidence une endométrite même si la patiente n'a que peu ou pas de symptômes d'AIP aiguë.

Étiologie

- Dans la majorité des cas, l'origine est polymicrobienne. Les agents pathogènes varient selon le milieu clinique.

Pathogènes responsables de MTS	**Pathogènes non responsables de MTS**	**Autres organismes**
■ *Chlamydia trachomatis*	■ germes anaérobies, notamment du genre *Bacteroides* et *Peptostreptococcus*	dont le rôle n'a pas encore été bien établi :
■ *Neisseria gonorrhoeae*	■ *Escherichia coli* ■ *Streptococcus agalactiae* ■ *Haemophilus influenzae*	■ *Mycoplasma hominis* ■ *Ureaplasma urealyticum* ■ *Gardnerella vaginalis*

Considérations spéciales dans le cas des enfants

- Il ne semble pas y avoir de cas d'AIP transmis sexuellement chez les jeunes filles impubères.

Épidémiologie

- L'incidence des AIP n'est pas bien mesurée et est sous-estimée. En 1993-1994, on a recensé environ 100 000 cas d'AIP, qui ont entraîné 8 500 hospitalisations au Canada. De plus en plus, les cas d'AIP sont traités en consultation externe; il faut donc user de prudence dans l'interprétation des baisses des taux d'hospitalisation.
- Les femmes de 20 à 34 ans affichent les plus hauts taux d'hospitalisation pour une AIP.
- Le taux de consultation externe en 1990 a été d'au moins 460 pour 100 000 femmes.
- Le taux de grossesse ectopique, qui est une séquelle de l'AIP, a été à la hausse durant les années 1970 à 1993. Les taux ont diminué en 1993 et en 1994. En

1993, 7 920 nouveaux cas de grossesses ectopiques ont été rapportés au Canada (16,89 par 1 000 grossesses ou une grossesse ectopique pour 59 grossesses). Cependant, l'amélioration des capacités de diagnostic, ces dernières années, a permis de traiter un plus grand nombre de grossesses ectopiques à l'extérieur des centres hospitaliers. Comme les statistiques proviennent des données hospitalières, le nombre de grossesses ectopiques rapporté ces dernières années, au Canada, peut être une sous-estimation du nombre réél de cas.

Caractéristiques diagnostiques

- Il faut bien demeurer à l'affût de ce type d'infection.
- En présence de l'un des symptômes ou signes suivants, on devrait sans tarder rechercher une AIP chez les adolescentes et les femmes adultes actives sexuellement :

Symptômes	■ aucun symptôme, mais risque accru de MTS (voir page 42) ■ douleurs abdominales basses d'apparition récente ■ ménorragie, saignements vaginaux anormaux entre les menstruations ou après le coït ■ dyspareunie profonde ■ perte génitale ou vaginale sans explication évidente
Signes	■ sensibilité à la mobilisation du col ■ sensibilité des annexes à l'examen bimanuel avec ou sans masse ■ cervicite (exsudat cervical purulent présent dans 30 % des cas d'AIP) ■ fièvre présente dans moins de 40 % des cas.

- On devrait également rechercher une AIP dans les cas suivants :
  - épisode antérieur d'AIP
  - présence d'un stérilet (DIU)
  - exploration instrumentale récente des voies génitales hautes.
- **Une échographie négative n'écarte pas le diagnostic d'AIP.**

Principales séquelles

- stérilité tubaire
- grossesse ectopique
- douleurs pelviennes chroniques

Note : Le risque de récidive chez les femmes qui ont déjà connu un épisode d'AIP est 10 fois plus élevé; leur risque de grossesse ectopique est également multiplié par 8 et le risque de stérilité tubaire est multiplié par 10.

Prélèvement des échantillons

Examen gynécologique

- On doit procéder à un examen vaginal au spéculum et bien visualiser l'orifice du col. Il faut parfois, à l'aide d'un écouvillon ou d'une gaze, enlever les sécrétions qui masquent ou obstruent le col.

Prélèvements endocervicaux

- Il faut faire des prélèvements endocervicaux à l'aide d'un écouvillon pour préparer un frottis à colorer (habituellement coloration de Gram) et pour des tests de détection de *N. gonorrhoeae* et de *C. trachomatis*. Il convient également de recueillir des échantillons d'urine si l'on a recours à des techniques d'amplification des acides nucléiques.
- Il ne sert à rien de déterminer la présence de PN sur des frottis durant les menstruations.
- On doit passer un écouvillon sur les lésions cervicales pour un test de détection du VHS si l'on soupçonne une infection herpétique.

Frottis de Papanicolaou (test de Pap)

- On effectue un frottis de Papanicolaou si aucun test du genre n'a été fait au cours des 12 mois précédents, en particulier si l'on n'est pas sûr qu'un suivi sera effectué (voir *Préparation d'un frottis de Papanicolaou*, page 56).

Prélèvements vaginaux

- À l'aide d'un écouvillon, on procède à des prélèvements vaginaux pour une analyse du pH, un test de détection des odeurs d'amine, une préparation humide et une coloration de Gram (voir *Vulvo-vaginite chez les adolescentes et les femmes adultes*, page 99).

Examen bimanuel

- On effectue un examen bimanuel afin de déceler une sensibilité ou une masse au niveau des annexes.

Diagnostic en laboratoire

- **Même si les résultats des épreuves de laboratoire sont négatifs, il ne faut pas écarter le diagnostic d'AIP.**
- Si les résultats de l'analyse des urines sont négatifs, il faut effectuer un dosage sanguin de la gonadotrophine chorionique humaine ß (HCG) pour écarter la possibilité d'une grossesse.
- Une échographie est indiquée si l'on soupçonne un abcès tubo-ovarien. Même si les résultats sont normaux, il ne faut PAS écarter la possibilité d'une AIP. Si l'on détecte un abcès tubo-ovarien, il faut immédiatement orienter le cas vers des services spécialisés et hospitaliser la patiente.

- Le diagnostic sera objectivé par la détection de diplocoques intracellulaires Gram négatif sur un frottis coloré de sécrétions endocervicales OU des résultats positifs à un test de détection de *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae*, OU les deux.
- Le recours à des techniques d'amplification des acides nucléiques (p. ex. "PCR, LCR") peut faciliter la détection de *C. trachomatis* et de *N. gonorrhoeae* (voir *Diagnostic en laboratoire*, pages 62; 64).
- Il serait peut être bon d'obtenir une numération formule sanguine, une formule leucocytaire et la vitesse de sédimentation globulaire ou la concentration de la protéine C-réactive lors de l'évaluation initiale pour corroborer le diagnostic d'AIP aiguë et pour faciliter l'évaluation de la réponse au traitement. Toutefois, dans bien des cas, une AIP peut être présente même si les résultats à ces tests sont normaux.

Prise en considération d'autres MTS

- Voir *Approche clinique pour le diagnostic et la prise en charge des MTS*, page 41.
- Un test de détection du VIH et un counselling sont recommandés (voir page 203).
- Il est recommandé de vacciner les patientes contre l'hépatite B (voir page 129).
- Il serait bon d'obtenir un échantillon de sang pour les tests sérologiques de détection de la syphilis (voir page 174).

Prise en charge

- **Il est essentiel de distinguer les AIP d'autres maladies, mais il ne faut pas retarder le traitement des AIP lorsque le diagnostic est équivoque.**
- **Un traitement précoce est essentiel, et l'on ne devrait PAS attendre l'hospitalisation de la malade ni les rapports de consultation.**

- Dans les cas d'infections compliquées ou récurrentes, il y a peut-être lieu de consulter un collègue qui a de l'expérience dans ce domaine.

Hospitalisation, traitement par voie parentérale et orientation vers un collègue recommandés dans les cas suivants :

- il est impossible d'exclure une urgence chirurgicale (p. ex. grossesse ectopique, appendicite) OU
- la patiente présente un abcès tubo-ovarien OU
- elle est gravement malade OU
- le traitement par voie orale a échoué OU
- la patiente est incapable de tolérer une médication orale

Hospitalisation à envisager avec un traitement parentéral ou oral sous observation dans les cas suivants :

- infection à VIH OU
- il s'agit d'une adolescente (en particulier si l'observance du régime thérapeutique est incertaine) OU
- la patiente est enceinte

Le traitement en consultation externe est acceptable lorsque les résultats sont typiques ET :

- l'atteinte est légère à modérée ET
- la patiente peut tolérer la médication orale ET
- la patiente observera probablement bien le traitement et le suivi

MAIS

- TOUTES LES PATIENTES TRAITÉES EN CONSULTATION EXTERNE DEVRAIENT ÊTRE RÉÉVALUÉES 48 À 72 HEURES APRÈS L'ÉVALUATION INITIALE
- IL FAUT HOSPITALISER CELLES DONT L'ÉTAT NE S'EST PAS AMÉLIORÉ, VÉRIFIER SI UN AUTRE DIAGNOSTIC EST POSSIBLE ET SI UN TRAITEMENT PARENTÉRAL EST INDIQUÉ ET LES ADRESSER À UN COLLÈGUE EXPÉRIMENTÉ DANS LE DOMAINE.

Considérations spéciales

Adolescente souffrant d'une AIP

- Il peut être nécessaire d'hospitaliser les adolescentes lorsqu'on prévoit que l'observance du régime thérapeutique et aux visites de suivi peut poser un problème et qu'on ne peut garantir un traitement optimal en consultation externe.
- Si une adolescente est traitée en consultation externe, il faudrait simplifier le plus possible le régime thérapeutique afin que celui-ci soit plus facile à observer.

Patientes porteuses d'un stérilet

- Il faut attendre avant de retirer le stérilet que le traitement ait débuté et que la patiente ait pris au moins 2 doses d'antibiotique.
- Dans les cas bénins ou modérés, le stérilet devrait être retiré lors de la première consultation de suivi.
- Il peut être souhaitable de laisser le stérilet en place seulement s'il y a un risque élevé de grossesse.
- Un counselling sur les méthodes de contraception est nécessaire quand on considère retirer un stérilet.

Femmes enceintes

- Il peut être nécessaire de les hospitaliser, car il faut envisager d'autres diagnostics.
- Une AIP est rare durant la grossesse, surtout après le premier trimestre.

Femmes présentant un déficit immunitaire

- Les femmes qui souffrent d'une infection à VIH risquent davantage de présenter une AIP et des abcès tubo-ovariens, et leur réponse au traitement peut être retardée.
- Les femmes présentant une infection à VIH et une AIP devraient être adressées à un collègue expérimenté dans le traitement de l'infection à VIH. Les cas doivent être évalués et traités rapidement.

Traitement

- Le traitement vise à éradiquer les principaux agents pathogènes à l'aide d'une association d'antimicrobiens. Les schémas thérapeutiques à base d'un seul antimicrobien ne sont PAS indiqués dans les cas d'AIP.
- Tous les schémas thérapeutiques utilisés devraient être très efficaces contre *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* et les germes anaérobies.
- Comme les séquelles des AIP sont graves, il faut envisager sérieusement d'utiliser un schéma thérapeutique global lors du congé de l'hôpital ou pour le traitement en consultation externe.
- **Pour les femmes enceintes, voir page 96.**

Adolescentes et femmes adultes (sauf les femmes enceintes)

Traitement parentéral[(a)]

Traitement de choix :

- céfoxitine[(b)], 2 g IV toutes les 8 heures
  PLUS doxycycline, 100 mg IV ou *per os* 2 fois par jour
  les deux pendant au moins 48 heures après une amélioration importante du tableau clinique

Autre traitement :

En particulier, chez les femmes qui présentent une masse annexielle, songer à utiliser :

- clindamycine, 900 mg IV toutes les 8 heures
  PLUS gentamicine, 1,5 mg/kg IV toutes les 8 heures
  les deux pendant au moins 48 heures après une amélioration importante du tableau clinique (les concentrations sériques de gentamicine devraient être contrôlées)

Notes :

a) Tous les traitements parentéraux devraient être suivis d'un des schémas indiqués dans le tableau « *Schéma de transition à la voie orale après le traitement parentéral* » pendant au moins 14 jours (voir prochain encadré).

b) D'autres céphalosporines (telles que le ceftizoxime et le céfotétane) qui offrent une protection adéquate contre les gonocoques et d'autres aérobies facultatifs et bactéries anaérobies Gram négatif peuvent être utilisées à des doses appropriées.

Schéma de transition à la voie orale après le traitement parentéral

Traitement de choix :

- doxycycline,100 mg *per os* 2 fois par jour pour que le traitement complet dure au moins 14 jours
  PLUS céfixime, 400 mg *per os* 2 fois par jour pour que le traitement complet dure au moins 14 jours

Autres traitements :

- ofloxacine, 400 mg *per os* 2 fois par jour pour que le traitement complet dure au moins 14 jours [(a)]

Dans le cas des femmes qui présentent une masse annexielle, un abcès tubo-ovarien, une péritonite ou un risque accru d'infection par des germes anaérobies, envisager d'associer au traitement :

- métronidazole, 500 mg *per os* 2 fois par jour pour que le traitement complet dure au moins 14 jours [(b)]
  OU clindamycine, 300 mg *per os* 3 fois par jour pour que le traitement complet dure au moins 14 jours

Notes :

a) L' ofloxacine par voie orale a été étudiée dans le cadre d'une monothérapie et est efficace contre *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*. Malgré ces résultats, on préfère ajouter du métronidazole, car l'ofloxacine n'a pas d'effets sur les germes anaérobies.

b) Conseiller aux patientes traitées au métronidazole de ne PAS prendre de l'alcool durant le traitement et pendant les 48 heures qui suivent à cause d'une réaction possible de type « antabuse ».

Traitement oral

Pour les patientes qui présentent une atteinte bénigne à modérée :

- céfixime, 800 mg *per os* en dose unique
  PLUS doxycycline,100 mg *per os* 2 fois par jour pendant 14 jours.

Pour les patientes qui présentent une atteinte modérée à grave :

- voir « *Schéma de transition à la voie orale après le traitement parentéral* » (ci-dessus)

OU

- amoxicilline/acide clavulanique associé à de l'amoxicilline, 500 mg 3 fois par jour pendant 14 jours.

Traitement d'une AIP chez les femmes enceintes

- Les AIP sont rares après le premier trimestre.
- Les doses d'érythromycine s'appliquent à l'érythromycine base. On peut les remplacer par des doses équivalentes d'autres formules (SAUF l'estolate). L'**estolate d'érythromycine est contre-indiqué**.

Traitement parentéral

Traitement de choix :

- clindamycine, 900 mg IV toutes les 8 heures
  PLUS gentamicine, 1,5 mg/kg IV toutes les 8 heures
  les deux pendant au moins 48 heures après une amélioration importante du tableau clinique (les concentrations sériques de gentamicine devraient être contrôlées)

Autre traitement :

- céfoxitine, 2 g IV toutes les 8 heures
  PLUS érythromycine, 250 mg 4 fois par jour *per os* en doses fractionnées
  les deux pendant au moins 48 heures après une amélioration importante du tableau clinique.

Schéma de transition à la voie orale après le traitement parentéral

Traitement de choix :

- érythromycine, 250 mg 4 fois par jour *per os* en doses fractionnées pour que le traitement complet dure au moins 14 jours
  PLUS céfixime, 400 mg *per os* 2 fois par jour pour que le traitement complet dure au moins 14 jours

Pour les femmes qui présentent une masse annexielle, un abcès tubo-ovarien, une péritonite ou un risque accru d'infection par des germes anaérobies, envisager d'associer au traitement :

- clindamycine, 300 mg *per os* 3 fois par jour pour que le traitement complet dure au moins 14 jours

Traitement oral

Traitement de choix :

- céfixime, 800 mg *per os* en dose unique
  PLUS érythromycine, 250 mg 4 fois par jour *per os* en doses fractionnées pour que le traitement complet dure au moins 14 jours

OU si le traitement n'est pas toléré :

- amoxicilline/acide clavulanique associé à de l'amoxicilline, 500 mg 3 fois par jour pendant 14 jours.

Prévention

- **Toutes les patientes souffrant d'une AIP devraient recevoir des conseils concernant les risques de récidive, de stérilité tubaire et de grossesse ectopique.**
- Lorsqu'une patiente consulte pour des problèmes associés aux MTS ou à la contraception, il faut saisir cette importante occasion pour l'informer et l'encourager à toujours avoir des relations sexuelles protégées.
- Au moment du diagnostic d'une MTS, il faut passer en revue les méthodes de prévention.
- Il convient de cerner les obstacles à la prévention et les moyens de les surmonter.
- Voir *Prévention primaire des MTS*, page 31.
- Les patientes et leurs partenaires devraient attendre que leurs traitements soient terminés avant d'avoir des relations sexuelles non protégées.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Les cas de maladie à déclaration obligatoire en vertu des lois et règlements provinciaux et territoriaux doivent être signalés aux autorités sanitaires locales.
- Tous les partenaires qui ont eu des contacts sexuels avec le cas index au moins au cours des 60 jours précédant l'apparition des symptômes devraient être retracés, soumis à une évaluation clinique et traités comme il convient.
- Une forte proportion de partenaires masculins infectés peuvent être asymptomatiques.
- Les autorités sanitaires locales devraient contribuer à la notification aux partenaires et à l'orientation de ces derniers pour qu'ils subissent une évaluation clinique, des tests, un traitement et reçoivent des services d'éducation sanitaire.

Suivi

- Les signes et symptômes des patientes soumises à un traitement oral ou parentéral devraient grandement s'estomper (p. ex. réduction de la fièvre, de la sensibilité abdominale, de la sensibilité à la mobilisation du col, des annexes et de l'utérus) dans les trois jours suivant le début du traitement. Si leur état ne s'améliore pas, des examens complémentaires s'imposent.
- Toutes les patientes souffrant d'une AIP qui sont traitées en consultation externe doivent se présenter à un examen de contrôle dans les 72 heures pour confirmer l'amélioration du tableau clinique et 7 à 10 jours plus tard pour déterminer si les signes relevés à l'examen bimanuel ont complètement disparu.

VULVO-VAGINITE CHEZ LES ADOLESCENTES ET LES FEMMES ADULTES

Trichomonas vaginalis est le seul agent sexuellement transmissible connu à causer une vulvo-vaginite. Le diagnostic et la prise en charge de tous les types de vulvo-vaginite constituent néanmoins un volet important de l'évaluation des femmes qui viennent consulter pour des symptômes génitaux.

Définition

- Il s'agit d'une inflammation de la vulve, du vagin ou des deux et/ou d'un écoulement vaginal anormal non attribuable à une cervicite.
- Lorsqu'elle est d'origine infectieuse, la vulvo-vaginite résulte d'une perturbation de la flore normale du vagin composée en majeure partie de lactobacilles.

Étiologie

Origine infectieuse

Vulvite	**Vaginite/vaginose**
■ *Candida sp.* et autres levures ■ (VHS)	■ 40 % des cas sont des infections mixtes ou des pertes physiologiques. ■ 30 % sont causés par une vaginose bactérienne – prolifération de *Gardnerella vaginalis*, *de Mycoplasma hominis*, de germes anaérobies (*Bacteroides*, *Mobiluncus*) et diminution du nombre de lactobacilles – associé à une augmentation du risque d'infections pelviennes puerpérales et post-opératoires, d'AIP et d'accouchement prématuré. ■ 25 % sont causées par une candidose – *Candida albicans* (de 85 à 90 %) – prolifération de *Torulopsis glabrata*, d'autres espèces de *Candida* et prolifération d'autres levures. ■ 5 % causées par *Trichomonas vaginalis*, protozoaire transmis sexuellement – associés à la prématurité et au petit poids à la naissance.

Notes :

- ***T. vaginalis* et le VHS sont le plus souvent transmis par voie sexuelle.**
- La vaginose bactérienne n'est pas transmise sexuellement mais est associée à l'activité sexuelle; les levures peuvent être transmises d'une femme infectée à son partenaire sexuel. Une vaginite récurrente risque souvent plus d'être causée

par une perturbation de la flore normale du vagin, surtout constituée de lactobacilles, que par une réinfection contractée d'un partenaire non traité.

- *Gardnerella vaginalis*, les streptocoques de groupe B et les mycoplasmes génitaux ne causent pas en eux-mêmes une vaginite; il n'est PAS indiqué de rechercher ces pathogènes chez les patientes atteintes de vaginite. Leur détection, en l'absence d'autres affections justiciables d'un traitement, n'est pas en soi une indication de traitement.

Origine non infectieuse

- Pertes physiologiques – causes fréquentes d'écoulement génital qui peut inquiéter les patientes
- Hypersensibilité (p. ex. condoms au latex, spermicides, douches vaginales, savon, préparations génitales)
- Affections dermatologiques multiples (p. ex. eczéma, lichen plan, lichen scléreux, psoriasis, atrophie)
- Corps étranger, traumatisme
- Mauvaise lubrification vaginale durant les rapports sexuels

Note : En particulier lorsque les troubles sont récurrents ou persistants, il faut adresser les cas à un collègue expérimenté dans le domaine.

Épidémiologie

- C'est l'un des problèmes les plus fréquents en médecine clinique (environ 1 million de consultations par année pour la vaginite seulement).
- Un diagnostic exact aide l'efficacité thérapeutique.
- Elle est souvent diagnostiquée à tort ou diagnostiquée erronément.

Vaginose bactérienne

- C'est la cause spécifique la plus fréquente d'infection vaginale.
- Le taux de prévalence est plus élevé chez les femmes actives sexuellement.
- De nombreuses femmes sont asymptomatiques; toutefois, certaines femmes sont plus à risque de souffrir de complications, en particulier durant la grossesse (voir *MTS et grossesse*, page 223).

Candidose

- Soixante-quinze pour cent de toutes les femmes connaîtront au moins un épisode de candidose dans leur vie.
- Les taux de colonisation vaginale transitoire et asymptomatique sont élevés.

Trichomonase

- Jusqu'à 50 % des cas sont asymptomatiques.
- Elle est transmise sexuellement, et les hommes sont habituellement asymptomatiques.

Caractéristiques diagnostiques

Étiologie	Facteurs prédisposants	Symptômes	Signes / type d'écoulement
Vaginose bactérienne	■ souvent absents ■ plus fréquents si la personne est active sexuellement	■ écoulement vaginal ■ odeur de poisson ■ peuvent augmenter après les relations sexuelles	■ écoulement vaginal liquide blanc-grisâtre, souvent abondant ■ inflammation et érythème du vagin inhabituels dans les cas non compliqués de vaginose bactérienne
Candidose	■ souvent absents ■ utilisation actuelle ou récente d'antibiotiques ■ grossesse ■ cortico stéroïdes ■ diabète sucré mal équilibré ■ déficit immunitaire ■ transmission sexuelle rare	■ prurit ■ dysurie externe ■ écoulement vaginal ■ dyspareunie au niveau de l'orifice vaginal	■ pertes vaginales blanches, grumeleuses et adhérentes ■ érythème de la vulve, du vagin ou de l'orifice vaginal
Tricho-monase	■ activité sexuelle	■ écoulement vaginal abondant ■ prurit ■ dyspareunie au niveau de l'orifice vaginal	■ écoulement vaginal blanc-jaunâtre et spumeux ■ souvent érythème du vagin et de l'exocol

Écueils associés au diagnostic et à la prise en charge de la vaginite

- Diagnostic manqué de cervicite
- Anamnèse inadéquate
- Patiente non examinée; examen au spéculum non effectué
- Écoulement vaginal non prélevé
- Traitement excessif fondé sur les résultats de la culture plutôt que sur les symptômes, les signes et les épreuves directes (voir page suivante)
- Réinfection (trichomonase):
  - partenaire(s) non traité(s)
  - nouveau contact sexuel
- Mauvaise observance du traitement par la patiente

- Vaginite d'origine chimique ou due à une hypersensibilité qui est associée à un traitement topique
- Possibilité que la patiente ait eu recours à des préparations ou des produits pour les soins vaginaux en vente libre.

Note : Pour éviter les écueils associés au diagnostic et à la prise en charge de la vaginite, interroger la patiente au sujet de tous les médicaments pris, des auto-traitements administrés et des produits utilisés.

Prélèvement des échantillons

- Examen vulvaire et au spéculum
  - bien visualiser la vulve pour détecter les lésions et évaluer les sécrétions
  - **écarter toute possibilité de cervicite** (voir page 84).
- Prélever des échantillons de sécrétions vaginales (frottis/écouvillons) de la façon suivante :

Analyse du pH	■ mesurer le pH de l'écoulement vaginal – test peu fiable s'il y a du sang ou s'il y a rupture des membranes – pH ≤ 4,5 : normal – pH > 4,5 : évoque une vaginose bactérienne ou une trichomonase
Odeur d'amine	■ échantillon de sécrétions vaginales prélevé au moyen d'un écouvillon et placé dans une préparation de KOH à 10 % – la détection d'une « odeur de poisson » évoque une vaginose bactérienne et rarement une trichomonase
Préparation à l'état frais	■ sérum physiologique pour un test de détection de *T. vaginalis* et pour le diagnostic d'une vaginose bactérienne (voir page 56) ■ préparation de KOH à 10 % pour détecter les levures (voir page 56)

Coloration de Gram	■ Coloration de Gram d'une lame séchée à l'air pour la recherche d'une levure et d'une vaginose bactérienne (voir page 61) et pour la mise en évidence de *T. vaginalis* – les données de laboratoire à l'appui du diagnostic de vaginose bactérienne seront fournies en même temps que le nombre relatif de morphotypes bactériens – normal : prédominance de gros bacilles Gram positif – flore anormale : aucun ou quelques bacilles Gram positif mais surtout bacilles Gram variable, cocci Gram positif et/ou bacilles Gram négatif.

Notes :

- Il n'est PAS indiqué d'effectuer des cultures de sécrétions vaginales pour *Gardnerella vaginalis* et les mycoplasmes génitaux.
- Il n'est pas systématiquement recommandé d'effectuer des cultures de sécrétions vaginales pour la recherche de levures, et une culture positive ne signe pas à elle seule une candidose. Un frottis révélant des hyphes et une inflammation est plus spécifique.
- En présence d'une vulvite non accompagnée d'une vaginite, il faut envisager d'effectuer une culture des sécrétions au niveau de la vulve pour la recherche de levures.

Diagnostic en laboratoire et interprétation

Vaginose bactérienne

- pH vaginal > 4,5
- Odeur d'amine après ajout de KOH à 10%
- Préparation à l'état frais révélant la présence de "clue cells"
- Coloration de Gram qui révèle un changement dans la flore vaginale, soit une baisse du nombre de gros bacilles Gram positif et une nette augmentation du nombre de coccobacilles plus petits Gram variable. "Clue cells" (cellules épithéliales recouvertes de bactéries qui leur donne un aspect granuleux) peuvent également être présents. Il faut uniformiser le diagnostic à l'aide d'une coloration de Gram pour les laboratoires en utilisant un système de notation reconnu tel que celle de NUGGENT.

Candidose

- pH normal < 4,5
- Absence d'odeur d'amine
- Préparation de l'état frais additionnée de KOH à 10 % qui révèle des levures ou des filaments pseudo-mycéliens

- Coloration de Gram qui révèle la présence de PN, de levures et/ou une ramification de filaments pseudo-mycéliens.
- **Note** : Des filaments pseudo-mycéliens ne sont pas présents dans toutes les souches.

Trichomonas vaginalis

- pH vaginal > 4,5
- Odeur d'amine plus souvent absente
- État frais qui révèle la présence de trichomonas flagellés et de PN
- Frottis coloré qui peut révéler la présence de *T. vaginalis* et/ou de PN

Vulvo-vaginite candidosique récurrente (VVC)

- La majorité des femmes souffrant d'une vulvo-vaginite candidosique récurrente ne présentent aucun état prédisposant apparent.
- L'histoire naturelle et la pathogénèse de l'infection ne sont pas bien établies. Au nombre des facteurs de risque figurent :
  - un diabète sucré non équilibré
  - un déficit immunitaire
  - l'utilisation de corticostéroïdes
  - une infection à VIH.
- Une faible proportion de femmes (< 5 %) peuvent avoir eu **une candidose récidivante définie comme trois épisodes ou plus** de vulvo-vaginite candidosique symptomatique, dont au moins un épisode confirmé en laboratoire en un an.
- Chez certaines patientes, l'infection réapparaît après des cures répétées d'antibactériens systémiques.

Prise en considération d'autres MTS

- Voir *Approche clinique pour le diagnostic et la prise en charge des MTS*, page 41.
- Il faut obtenir un (des) prélèvement(s) pour le diagnostic de la chlamydiose et des infections gonococciques. On effectuera également des prélèvements cervicaux au moyen d'un écouvillon si c'est indiqué sur le plan clinique et épidémiologique (voir chapitre sur la MTS en cause).
- Un test de détection du VIH et un counselling sont recommandés (voir page 202).
- Il est recommandé de vacciner la patiente contre l'hépatite B (voir page 135).
- Il faut songer à faire un prélèvement de sang pour des épreuves sérologiques de détection de la syphilis (voir page 171).

Traitement

- Les patientes atteintes d'une infection à VIH peuvent devoir suivre un traitement plus long et peuvent mettre plus de temps à réagir au traitement.

Vaginose bactérienne[a, b]

Si elle est asymptomatique	**Si elle est symptomatique**
Un traitement n'est pas nécessaire À MOINS QUE : ■ il s'agisse d'une grossesse à haut risque (p. ex. accouchement prématuré antérieur)[c] ■ il précède l'installation d'un stérilet ■ il précède une intervention gynécologique, un avortement provoqué ou une exploration instrumentale des voies génitales hautes	**Traitement de choix :** ■ métronidazole, 500 mg *per os* 2 fois par jour pendant 7 jours[d] (On recommande que les patientes qui allaitent cessent d'allaiter et ne recommencent que 24 heures après la fin du traitement) **Autres traitements** : ■ crème de clindamycine à 2 %, un applicateur entier (5 g) par voie intravaginale chaque nuit pendant une semaine (peut être administrée durant la grossesse) OU ■ gel de métronidazole à 0,75 %, un applicateur entier (5 g) 2 fois/jour seulement pendant 5 jours par voie intravaginale[d] OU ■ clindamycine, 300 mg *per os* 2 fois par jour pendant 7 jours

Notes :

(a) Il n'est pas recommandé de prescrire un traitement contre la vaginose bactérienne aiguë ou récurrente aux partenaires sexuels de sexe masculin.

(b) Les préparations de lactobacilles vendues sur le marché ne sont pas efficaces ni utiles pour rétablir la flore vaginale normale.

(c) Si la patiente est enceinte, il est préférable d'administrer le traitement par voie orale afin de prévenir une chorio-amniotite subclinique. Si une vaginose bactérienne a été détectée et traitée chez une femme enceinte, il faut effectuer une réévaluation pour déceler toute récurrence.

(d) Il faut conseiller aux patientes de ne PAS consommer de boissons alcooliques durant le traitement au métronidazole ni dans les 48 heures qui suivent afin de prévenir les réactions de type « antabus ».

Vaginite causée par *Trichomonas vaginalis*

Traiter tous les cas et leur partenaire sexuel peu importe leurs symptômes au :

- métronidazole, 2 g *per os* en dose unique[(a)]

Note :

(a) Conseiller aux patientes de ne PAS consommer de boissons alcooliques durant le traitement au métronidazole ni dans les 48 heures qui suivent afin de prévenir les réactions de type « antabuse ».

Vulvo-vaginite candidosique (VVC)[(a, b, c)]

Si elle est asymptomatique	**Si elle est symptomatique**
Un traitement n'est pas nécessaire	**Traitement intravaginal :** ■ Les préparations intravaginales vendues sans ordonnance (p. ex. clotrimazole, miconazole) sont efficaces. Les dérivés azole ont un taux d'efficacité clinique et mycologique plus élevé que les polyènes (Nystatin). Elles incluent les ovules et les crèmes à appliquer pendant 1, 3 et 7 jours, qui semblent tous avoir la même efficacité. Certaines femmes peuvent éprouver certains effets secondaires tels qu'une irritation et une sensation de cuisson au niveau de la vulve; le traitement peut alors être adapté. **Traitement oral :** ■ Fluconazole, 150 mg *per os* en dose unique (contre-indiqué durant la grossesse). Il semble avoir la même efficacité que les produits intravaginaux.

Notes :

(a) Il faut songer à administrer un traitement suppressif aux femmes atteintes d'une infection à VIH.

(b) Une VVC récurrente peut faire l'objet d'examens complémentaires et d'un traitement différent. Il peut être nécessaire de consulter un collègue expérimenté dans le domaine.

(c) Le partenaire sexuel masculin devrait être traité seulement en présence d'une balanite à *Candida* : application d'une crème à base de miconazole ou de clotrimazole 2 fois par jour pendant 7 jours.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Ni les médecins ni les laboratoires ne sont obligés de signaler les cas de vaginite aux autorités sanitaires locales.
- On n'avertit pas habituellement les partenaires de patientes atteintes de vaginitie SAUF lorsqu'il s'agit d'une trichomonase.

Suivi

- Un suivi n'est pas nécessaire à moins que les signes et symptômes d'infection persistent ou réapparaissent.
- Toutefois, un suivi de la vaginose bactérienne à la fin de la grossesse peut être indiqué pour la détection des rechutes cliniques qui doivent être à nouveau traitées dans les cas de grossesse à haut risque.

VAGINITE ET VULVITE PRÉPUBERTAIRES

Définition

- Il s'agit d'une inflammation du vagin accompagnée d'un écoulement vaginal mucopurulent ou purulent chez une jeune fille impubère.
- Il ne faudrait pas confondre la vaginite prépubertaire avec la vulvite prépubertaire, laquelle peut s'accompagner d'une irritation mais non d'un écoulement.

Étiologie

- Les principales causes d'origine infectieuse d'une vaginite prépubertaire sont :
  - les streptocoques du groupe A
  - *Chlamydia trachomatis*
  - *Neisseria gonorrhoeae.*
- Au nombre des autres causes figurent :
  - les corps étrangers, avec ou sans prolifération de la flore normale (cause la plus fréquente)
  - un traumatisme
  - *Shigella* sp. (n'est pas une MTS)
  - *Herpes simplex* (VHS)
  - *Trichomonas vaginalis.*
- Si l'on détecte *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *T. vaginalis* ou le VHS, on devrait sans tarder examiner la possibilité d'un abus sexuel. On ignore à quel point les autres causes de vaginite prépubertaire, notamment la vaginose bactérienne, sont des marqueurs de l'abus sexuel; si l'on diagnostique une vaginite prépubertaire, on devrait rechercher soigneusement d'autres signes ou symptômes de mauvais traitements et décider d'après les résultats obtenus s'il faut adresser le cas à un collègue expérimenté dans le domaine de l'enfance maltraitée.
- On peut retrouver dans la flore vaginale normale des jeunes filles impubères *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Proteus* spp., *Neisseria meningitidis*, *Klebsiella* spp., *Pseudomonas aeruginosa* et des streptocoques n'appartenant pas au groupe A.

Caractéristiques diagnostiques

- L'épithélium pavimenteux normal du vagin qui n'est pas stimulé par des oestrogènes est exposé aux infections chlamydiennes et gonococciques, on devrait donc effectuer des prélèvements **vaginaux** (et NON endocervicaux).
- L'examen au spéculum n'est PAS indiqué chez les jeunes filles impubères à moins de saignements inexpliqués.

- La présence d'un quelconque des symptômes ou signes suivants devrait inciter à rechercher une vaginite prépubertaire :
  - écoulement vaginal
  - irritation périnéale.

Cas où il faut adresser les jeunes filles impubères présentant une vulvo-vaginite à un collègue expérimenté dans le domaine :

- écoulement vaginal sanguinolent
- écoulement vaginal malodorant
- manque d'expérience du médecin dans l'examen vaginal de personnes de ce groupe d'âge
- écoulement persistant après un traitement adéquat
- vulvite persistante après un mois de bonnes mesures d'hygiène.

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire

- **On ne doit prélever des échantillons génitaux chez des jeunes filles impubères que lorsque c'est nécessaire. Il est essentiel de s'assurer que l'enfant n'est pas traumatisée par le prélèvement.**
- Si l'on a écarté la possibilité d'un corps étranger, on pourrait effectuer un prélèvement vaginal (NON cervical) à l'aide d'un écouvillon :
  - un écouvillon peut être utilisé pour un frottis coloré (habituellement une coloration de Gram) et pour une culture de *N. gonorrhoeae*, des streptocoques du groupe A, de *Shigella* sp. et de *T. vaginalis* (si possible)
  - un deuxième écouvillon peut être utilisé pour des cultures ou une amplification des acides nucléiques (p. ex. "PCR, LCR") de *C. trachomatis*.
  - un autre écouvillon est nécessaire pour la détection du VHS, si l'on soupçonne l'herpès génital
  - dans la mesure du possible et si nécessaire, on peut effectuer un autre prélèvement pour une préparation à l'état frais servant à la détection de *Trichomonas vaginalis* et pour le diagnostic d'une vaginose bactérienne comportant l'identification de « clue cells ».
- Il est préférable d'effectuer un lavage vaginal plutôt que de prélever plusieurs écouvillons de sécrétions vaginales si l'on doit avoir recours à des tests d'amplification des acides nucléiques pour la détection de *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae.*
- En outre, il faut faire des prélèvements au niveau du pharynx et du rectum pour la culture de *N. gonorrhoeae* et la détection de *C. trachomatis* soit par culture ou par amplification des acides nucléiques.

Notes :

- S'il est impossible d'obtenir des cultures de *N. gonorrhoeae* ou du VHS, on peut faire à la place un test spécifique à chacun des micro-organismes, mais cette

solution n'est pas idéale. Dans le cas de *C. trachomatis*, les techniques d'amplification des acides nucléiques (p. ex. "PCR, LCR", page 64) constituent la méthode privilégiée. Jusqu'à 50 % des résultats positifs sont des faux positifs aux autres tests sans culture (p. ex. EIA, IFD) dans ce groupe d'âge où la prévalence de l'infection est faible, ce qui complique l'évaluation des cas possibles d'abus sexuel chez les enfants.

- Il convient d'avertir le laboratoire de prendre bien soin des échantillons, de consigner les résultats le plus soigneusement possible (p. ex. l'intensité de la réaction positive si l'on utilise un test sans culture) et enfin de conserver les échantillons restants et les isolats pathogènes, qui seront transmis au laboratoire central.
- Voir *Preuve médico-légale et services de médecine légale*, page 267.

Prise en charge et traitement

Lorsqu'on sait que le contact est positif pour N. gonorrhoeae ou C. trachomatis ou les deux :

- Traiter l'enfant d'après le(s) micro-organisme(s) détecté(s) ou le syndrome diagnostiqué chez le contact.

Lorsqu'on ignore si le contact est positif pour N. gonorrhoeae ou C. trachomatis :

S'il y a présence de diplocoques intracellulaires Gram négatif	■ traiter pour une vaginite prépubertaire à *N. gonorrhoeae* et à *C. trachomatis* (voir ci-dessous)
Si aucun diplocoque intracellulaire Gram-négatif n'est détecté	■ différer le traitement antimicrobien jusqu'à l'obtention des résultats des analyses microbiologiques, et si les résultats se révèlent positifs, traiter en conséquence (voir ci-dessous).

N. gonorrhoeae

Traitement de choix[a] :

- céfixime, 8 mg/kg *per os* en dose unique (max. 400 mg)
  PLUS azithromycine, 12-15 mg/kg en dose unique (max. 1 g) OU
  érythromycine, 40 mg/kg/jour *per os* (max. 500 mg 4 fois par jour) en doses fractionnées pendant 7 jours[b]
  OU
- ceftriaxone, 125 mg IM en dose unique
  PLUS azithromycine, 12-15 mg/kg en dose unique (max. 1 g) OU
  érythromycine, 40 mg/kg/jour *per os* (max. 500 mg 4 fois par jour) en doses fractionnées pendant 7 jours[b]

Autre traitement :

- spectinomycine, 40 mg/kg IM (max. 2 g) en dose unique
  PLUS azithromycine, 12-15 mg/kg en dose unique (max. 1 g) OU
  érythromycine, 40 mg/kg/jour *per os* (max. 500 mg 4 fois par jour) en doses fractionnées pendant 7 jours[(b)]

Notes :

(a) Il est préférable d'administrer des médicaments par voie orale chez les enfants. Pour recommander l'administration de céfixime, on se fonde sur les données démontrant l'efficacité du traitement des infections causées par des organismes similaires à *N. gonorrhoeae*. Comme l'utilisation de céfixime a été très peu expérimentée auprès des enfants atteints d'infections gonococciques, il faut effectuer des cultures de contrôle pour s'assurer que l'infection est guérie.

(b) Les doses d'érythromycine s'appliquent à l'érythromycine base. On peut les remplacer par des doses équivalentes d'autres formules.

C. trachomatis

Traitement de choix :

- azithromycine, 12 à 15 mg/kg (max. 1 g) *per os* en dose unique[(a)]

Autres traitements :

- érythromycine, 40 mg/kg/jour *per os* en doses fractionnées (max. 500 mg 4 fois par jour pendant 7 jours ou 250 mg 4 fois par jour pendant 14 jours)[(b)]
  OU
- sulfaméthoxazole, 75 mg/kg/jour *per os* en doses fractionnées (max. 1 g 2 fois par jour) pendant 10 jours

Notes :

(a) Si l'enfant impubère a 9 ans ou plus, on peut remplacer l'azithromycine par de la doxycycline, 5 mg/kg/jour *per os* en doses fractionnées (max.100 mg 2 fois par jour) pendant 7 jours.

(b) Les doses d'érythromycine s'appliquent à l'érythromycine base. On peut les remplacer par des doses équivalentes d'autres formules.

T. vaginalis

- métronidazole, 40 mg/kg *per os* (max. 2 g) en dose unique
  OU
- métronidazole, 15-20 mg/kg/jour *per os* en 3 doses fractionnées (max. 250 mg 3 fois par jour) pendant 7 jours

Vaginose bactérienne

- métronidazole, 15-20 mg/kg/jour *per os* en 3 doses fractionnées (max. 250 mg 3 fois par jour) pendant 7 jours

***Herpes simplex* (VHS)**

- voir *Infections génitales à VHS*, page 184

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Les cas d'abus sexuel à l'endroit des enfants doivent être signalés à l'organisme local de protection de l'enfance.
- Les cas de maladie à déclaration obligatoire en vertu des lois et règlements provinciaux et territoriaux doivent être signalés aux autorités sanitaires locales.
- La durée d'une MTS transmise pendant la période périnatale varie selon le pathogène en cause. Quel que soit l'agent pathogène, on ignore la durée exacte de la maladie.
- La probabilité qu'une MTS spécifique diagnostiquée chez un enfant ait été transmise sexuellement lors de rapports oro-génitaux, génitaux ou ano-génitaux varient selon l'agent pathogène.

Il faut envisager sérieusement la possibilité qu'une infection présente chez un enfant résulte d'un abus sexuel plutôt que d'une transmission verticale au cours de la période périnatale si :

- l'on décèle une infection gonococcique chez un enfant de > 1 mois et plus particulièrement chez un enfant de > 6 mois
- l'on décèle une infection génitale ou rectale à *Chlamydia* chez un enfant de > 6 mois, bien qu'une chlamydiose contractée durant la période périnatale puisse persister chez un nourrisson pendant une période pouvant atteindre 3 ans
- l'on décèle une infection génitale ou périanale à virus *Herpes simplex* chez un enfant de > 3 mois, bien qu'il faille examiner d'autres voies possibles de transmission
- l'on décèle une infection génitale à *T. vaginalis* chez un enfant de > 6 mois, bien que cette infection puisse ne pas être transmise par voie sexuelle.

Il faut dans de tels cas consulter un collègue expérimenté dans le domaine de l'enfance maltraitée.

- Le partenaire sexuel du cas index devrait être retracé, soumis à une évaluation clinique et traité comme il convient.
- Les autorités sanitaires locales devraient contribuer à la notification aux partenaires ainsi qu'à l'orientation de ces derniers pour qu'ils subissent une évaluation clinique, des tests, un traitement et reçoivent des services d'éducation sanitaire.

Suivi

- Il faut prévoir un suivi et répéter les tests de détection de *N. gonorrhoeae* et de *C. trachomatis* (voir pages 151, 159).
- Le suivi vise à garantir que la MTS a été traitée comme il convient, de sorte que s'il y a une récurrence de l'infection, celle-ci est diagnostiquée comme une réinfection et non comme une « rechute ». Lorsqu'on réexamine l'enfant, il faut tenir compte de son état psychologique.

ÉPIDIDYMITE
CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES ADULTES

Définition

- Il s'agit d'une inflammation de l'épididyme qui se manifeste par l'apparition soudaine et unilatérale d'une douleur et d'une tuméfaction testiculaires associées souvent à une sensibilité de l'épididyme et du canal déférent et parfois à un érythème et à un oedème de la peau sus-jacente.

Note : Lorsque l'épididymite est accompagnée d'un écoulement urétral, on présume qu'il s'agit d'une infection transmise sexuellement; toutefois, l'urétrite peut être asymptomatique et passer inaperçue.

Mise en garde : **Il importe de rechercher des causes d'origine non infectieuse d'une tuméfaction du scrotum, telles qu'un traumatisme, une torsion du testicule ou une tumeur. Lorsque la douleur au niveau du scrotum apparaît soudainement, il faut envisager une torsion du testicule, laquelle constitue une urgence chirurgicale.**

Étiologie

Hommes actifs sexuellement de < 35 ans	**Hommes actifs sexuellement de > 35 ans**
■ *Chlamydia trachomatis* ■ *Neisseria gonorrhoeae* ■ en présence d'anomalies structurales des voies urinaires – germes aérobies facultatifs Gram négatif – autres agents pathogènes classiques des voies urinaires	■ germes aérobies Gram négatif ■ autres agents pathogènes classiques des voies urinaires ■ moins fréquemment : – *C. trachomatis* – *N. gonorrhoeae*

Épidémiologie

- Au Canada, le nombre d'hommes qui se présentent à une clinique de MTS pour une épididymite est faible.
- Cette complication est présente chez < 1 % des cas détectés d'urétrite transmise sexuellement.

Considérations spéciales dans le cas des enfants

- On ne connaît pas de cas d'épididymite transmise sexuellement chez les garçons impubères. Lorsqu'on observe des symptômes et des signes évoquant une épididymite chez un garçon impubère, il faut écarter la possibilité d'une torsion du testicule (urgence chirurgicale).

Caractéristiques diagnostiques

- La présence d'un quelconque des symptômes ou des signes suivants devrait inciter à rechercher une épididymite :
  - tuméfaction unilatérale ou douloureuse du scrotum, maximale au niveau de la tête de l'épididyme et parfois bilatérale
  - pouvant être accompagnée d'un érythème et d'un oedème de la peau sus-jacente.
- Il faut, au cours de l'histoire de cas, tâcher d'obtenir de l'information sur :
  - l'activité sexuelle
  - tout traumatisme récent
  - toute anomalie structurale ou fonctionnelle connue ou soupçonnée des voies urinaires.

Mise en garde

S'il est possible qu'il s'agisse d'une torsion d'un testicule, le patient doit être immédiatement adressé à un collègue en urologie.

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire

Examen des organes génitaux

- Il convient d'effectuer un examen des organes génitaux en prenant soin de rechercher tout écoulement urétral et de bien palper le contenu du scrotum.

Échantillons d'écoulement méatal et urétral pour des tests diagnostiques

- Si un interrogatoire soigneux révèle la présence d'un risque de MTS ET :

PRÉSENCE d'écoulement méatal :	**ABSENCE d'écoulement méatal :**
■ faire un prélèvement méatal pour un frottis coloré (habituellement coloration de Gram) et pour un test de détection de *N. gonorrhoeae* ■ faire un prélèvement endo-urétral à l'aide d'un écouvillon ou prendre un échantillon d'urine pour un test de détection de *C. trachomatis*	■ faire un prélèvement endo-urétral pour un frottis coloré (habituellement coloration de Gram) et pour un test de détection de *N. gonorrhoeae* ■ faire un prélèvement endo-urétral à l'aide d'un écouvillon ou prendre un échantillon d'urine pour un test de détection de *C. trachomatis*

- Si l'on ne détecte aucun polynucléaire, il convient d'envisager une cause d'origine non infectieuse.

Analyse et culture d'urines

- Il faut prélever chez tous les patients, qu'ils soient ou aient été actifs sexuellement ou non, un échantillon d'urine du milieu du jet pour une culture de routine visant à mettre en évidence des pathogènes aérobies des voies urinaires.

Prise en considération d'autres MTS (lorsque l'épididymite est due à une MTS)

- Voir *Approche clinique pour le diagnostic et la prise en charge des MTS,* page 41.
- Des tests de détection du VIH et un counselling sont recommandés (voir page 203).
- Il est recommandé d'immuniser le patient contre l'hépatite B (voir page 129).
- Il serait bon d'obtenir un échantillon de sang pour des tests sérologiques de détection de la syphilis (voir page 174).

Note : Lorsqu'on dispose de services techniques spécialisés, on peut, dans certains cas, prélever directement par aspiration épididymaire pour un frottis et pour des tests de détection de *C. trachomatis*, de *N. gonorrhoeae* et d'organismes aérobies.

Prise en charge et traitement

Épididymite très probablement due à *N. gonorrhoeae* ou à *C. trachomatis*

- céfixime, 800 mg *per os* en dose unique
  PLUS doxycycline, 100 mg 2 fois par jour pendant 10 jours

Note : Pour connaître les autres schémas thérapeutiques, voir pages 154, 165. (Si ceftriaxone est utilisé comme traitement alternatif, une dose de 250 mg IM est recommandé.)

Épididymite très probablement due à des entéropathogènes

- ofloxacine, 300 mg *per os* 2 fois par jour pendant 10 jours

Mise en garde : Si l'on n'observe pas d'amélioration clinique ou si le patient ne répond pas au traitement, il faut consulter un collègue expérimenté dans le domaine.

Prévention

- Lorsqu'un patient consulte pour des problèmes associés aux MTS ou à la contraception, il faut saisir cette importante occasion pour l'informer et l'encourager à toujours avoir des relations sexuelles protégées.
- Au moment du diagnostic de MTS, il faut passer en revue et surveiller les mesures de prévention.
- Il convient de cerner les obstacles à l'adoption de mesures de prévention et les moyens de les surmonter.
- Voir *Prévention primaire des MTS,* page 31.

- Les patients et les contacts devraient attendre que leurs traitements soient terminés avant d'avoir des relations sexuelles non protégées (c.-à-d. 7 jours après la prise d'une dose unique).

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Les cas de maladie à déclaration obligatoire en vertu des lois et des règlements provinciaux et territoriaux devraient être signalés aux autorités sanitaires locales.
- Les autorités sanitaires locales peuvent contribuer à la notification aux partenaires, à leur orientation pour qu'ils subissent une évaluation clinique, des tests, un traitement et reçoivent des services d'éducation sanitaire.
- Lorsqu'un traitement est indiqué pour le cas index, tous les partenaires sexuels des patients soupçonnés de souffrir d'une épididymite transmise par voie sexuelle devraient être soumis à une évaluation clinique et à un traitement efficace contre les infections non compliquées à *C. trachomatis* (voir page 154) et à *N. gonorrhoeae* (voir page 165).

Suivi

- Il faut prévoir un suivi, mais si le traitement recommandé est administré et observé, si les symptômes et signes disparaissent et si le patient n'est pas réexposé à un partenaire non traité, il n'est pas habituellement recommandé de répéter les tests de détection de *N. gonorrhoeae* et de *C. trachomatis*.

PROSTATITE
CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES ADULTES

En règle générale, la prostatite n'est pas considérée comme une MTS. Nous l'incluons ici pour aider les dispensateurs de soins à prendre en charge les hommes qui consultent pour des symptômes génitaux.

Définition

- Il s'agit d'une inflammation de la prostate mise en évidence par une augmentation du nombre de leucocytes polynucléaires (PN) dans le liquide prostatique.
- La prostatite d'origine bactérienne se caractérise par la présence d'un nombre plus élevé de bactéries dans le liquide prostatique ou l'urine prélevée après massage de la prostate que dans l'urine de la première miction et du milieu du jet.

Étiologie

Causes habituelles	Causes possibles ou rares
■ agents pathogènes urinaires facultatifs Gram négatif (p. ex. *Escherichia coli* et *Proteus* spp)	■ micro-organismes urétraux Gram positif (p. ex. staphylocoques coagulase négative et diphthéroïdes) ■ *Neisseria gonorrhoeae* (rare) ■ *Chlamydia trachomatis* (rôle non encore établi) ■ mycoplasmes génitaux (rôle non encore établi) ■ *Trichomonas vaginalis* (rôle non encore établi)

Épidémiologie

- Les cas de prostatite confirmés par des analyses microbiologiques et qui sont causés par des agents pathogènes transmis sexuellement sont extrêmement rares. Le rôle possible de *C. trachomatis* et des mycoplasmes n'a pas encore été établi.
- La prostatite est plus fréquente qu'on le croyait auparavant, en particulier chez les hommes plus âgés.

Notes :

- Bien qu'on décrive la prostatite comme une inflammation de la prostate, en pratique, il est souvent difficile de la définir, et sa caractérisation demeure très imprécise. Le problème est d'autant plus aigu que les inflammations histopathologiques augmentent avec l'âge chez les hommes asymptomatiques.
- Le diagnostic définitif est habituellement fondé sur l'intensité du tableau clinique, l'examen du liquide prostatique et les résultats des cultures.

- La prostatite confirmée par des analyses microbiologiques et réfractaire au traitement est en théorie associée à des micro-abcès. Des massages prostatiques réguliers sont recommandés dans ces cas. Consulter un collègue avec expertise dans le domaine.

- La classification actuelle d'après les résultats est la suivante :
  - dans les prostatites bactériennes chroniques et aiguës, les résultats des cultures sont positifs et il y a une réponse importante des PN dans le liquide prostatique
  - dans les prostatites non bactériennes, les résultats des cultures sont négatifs, mais il y a une réponse importante des PN dans le liquide prostatique
  - dans la prostatodynie, les résultats des cultures sont négatifs et il n'y a peu ou pas de réponse des PN dans le liquide prostatique.

Considérations spéciales dans le cas des enfants

- On n'observe pas de prostatite chez les garçons impubères.

Caractéristiques diagnostiques

- La présence d'un des symptômes ou des signes suivants devrait inciter à rechercher une prostatite :

Symptômes	**Prostatite bactérienne aiguë**	■ apparition soudaine de frissons, de fièvre et de malaise avec pollakiurie, difficulté à uriner et, parfois, rétention aiguë.
	Autres formes de prostatite	■ pollakiurie, miction impérieuse ou nycturie ■ dysurie ■ difficulté à initier la miction, faible débit urinaire ou fuite post-mictionnelle ■ sensation de plénitude dans le rectum ■ douleur périnéale, suprapubienne ou rectale ■ couleur ou consistance anormale de l'éjaculat ■ douleur après l'éjaculation ou hémospermie ■ dans de rares cas, écoulement urétral.
Signes		■ sensibilité périnéale ■ sensibilité inhabituelle de la prostate ■ empâtement de la prostate. **Note** : La sensibilité et l'empâtement de la prostate ne sont pas nécessairement présents dans les cas de prostatite bactérienne avérée et leur présence ne confirme pas le diagnostic de prostatite.

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire

- On procède à un examen des organes génitaux, particulièrement pour détecter tout écoulement urétral, pour évaluer le contenu scrotal et rechercher toute sensibilité périnéale.
- Si les données de l'interrogatoire l'indiquent OU en présence d'un écoulement urétral OU si l'on détecte une inflammation de l'épididyme :
  - il convient de rechercher une urétrite (voir page 77) ou une épididymite (voir page 114).
- Lorsque cela est possible, on doit recueillir dans l'ordre, les échantillons suivants dans des contenants stériles :
  - les 10 à 15 premiers ml d'urine pour une culture, dont 7 à 8 ml d'urine pour la centrifugation afin de détecter une pyurie dans le sédiment
  - un échantillon d'urine du milieu du jet pour une culture, dont 7 à 8 ml pour la centrifugation afin de détecter une pyurie dans le sédiment.
- SAUF lorsqu'on envisage sérieusement la possibilité d'une prostatite bactérienne aiguë :
  - il faut effectuer un examen rectal afin d'évaluer la prostate et masser cette dernière pour tenter d'exprimer des sécrétions prostatiques qui feront l'objet d'un examen direct au microscope en vue d'une évaluation du nombre de PN et d'une culture
  - il faut recueillir les 10 à 15 ml suivants d'urine pour une culture, dont 7 à 8 ml pour la centrifugation afin de détecter une pyurie dans le sédiment.

Mise en garde

- **Comme le liquide prostatique contient des substances antibactériennes qui inhibera la croissance de certains organismes, il faut traiter les échantillons le plus vite possible.**

Notes :

- Pour la culture de liquides, il faut demander au laboratoire (par téléphone ou après entente) d'inoculer des milieux qui permettent la croissance des pathogènes classiques des voies urinaires avec un inoculum de 0,1 ml ainsi qu'avec l'inoculum standard de 0,001 ml.
- S'il peut s'agir d'une prostatite bactérienne aiguë, il faut obtenir des hémocultures et différer l'examen de la prostate.

Interprétation des résultats de laboratoire

- On considère qu'une culture est positive lorsqu'elle révèle une augmentation importante (habituellement multiplication par 10 ou plus) du nombre d'un ou plusieurs types de bactéries dans le liquide prostatique ou l'urine prélevés après massage de la prostate comparativement à l'urine de la première miction et du milieu du jet. Il est difficile d'interpréter les résultats de la culture du liquide prostatique sans ce complément d'information.

Mises en garde

- **Cette interprétation est acceptée pour les organismes facultatifs Gram négatif, mais est plus controversée dans le cas des organismes Gram positif.**
- **Il faut envisager une prostatite dans le cas des patients qui présentent des urétrites non gonococciques à répétition (voir *Urétrite,* page 77).**

Prise en charge et traitement

- La prise en charge initiale varie suivant qu'on est en présence d'une urétrite ou d'une épididymite et, si les deux affections sont absentes, suivant l'intensité des autres symptômes.

Urétrite détectée

- prendre en charge comme s'il s'agissait d'une urétrite (voir page 79).

Épididymite fortement soupçonnée

- prendre en charge comme il s'agissait d'une épididymite (voir page 116).

Ni l'urétrite ni l'épididymite ne semblent expliquer les observations

Maladie aiguë :

- sensibilité marquée de la prostate OU réponse inflammatoire importante des sécrétions prostatiques exprimées :
  - HOSPITALISER et commencer un traitement antimicrobien avec un ß-lactame (p. ex. ampicilline) ET un aminoside (p. ex. gentamicine) OU un schéma thérapeutique similaire
- peu OU pas de sensibilité de la prostate, pas de réponse importante des PN dans les sécrétions prostatiques exprimées NI d'augmentation du nombre de PN dans le sédiment de l'échantillon d'urine obtenu après massage prostatique comparativement aux échantillons d'urine de la première miction et du milieu du jet :
  - HOSPITALISER et envisager d'autres diagnostics possibles, notamment une pyélonéphrite.

Maladie non aiguë :

- réponse importante des PN dans les sécrétions prostatiques exprimées OU augmentation du nombre de PN dans le sédiment de l'urine prélevée après massage de la prostate comparativement à l'urine de la première miction et du milieu du jet :
  - envisager d'entreprendre un traitement avec un agent antimicrobien comme le triméthoprime-sulfaméthoxazole ou une quinolone, mais réévaluer le diagnostic et le traitement lorsque les résultats des analyses microbiologiques seront disponibles

- peu ou pas de réponse des PN dans les sécrétions prostatiques exprimées NI d'augmentation du nombre de PN dans le sédiment de l'échantillon d'urine obtenu après massage de la prostate, comparativement à l'urine de la première miction et du milieu du jet :
  - attendre les résultats des analyses microbiologiques.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Il n'est pas habituellement nécessaire d'évaluer ou de traiter les partenaires sexuels des patients atteints d'une prostatite parce que cette infection n'est pas ordinairement causée par un pathogène transmis sexuellement.
- Les cas de maladie à déclaration obligatoire en vertu des lois et règlements provinciaux et territoriaux devraient être signalés aux autorités sanitaires locales.
- Les autorités sanitaires locales devraient collaborer à la notification aux partenaires ainsi qu'à leur orientation pour qu'ils subissent une évaluation clinique, des tests, un traitement et reçoivent des services d'éducation sanitaire.

Suivi

- Il faut prévoir un suivi adéquat, qui dépendra du diagnostic confirmé ou présumé.

ULCÉRATIONS GÉNITALES

Définition

- Les ulcérations génitales se caractérisent par la présence d'ulcères ou de vésicules dans la région génitale due à un certain nombre de MTS qui s'accompagne ou non d'une adénopathie.

Étiologie / Épidémiologie

- Elles sont à l'origine de 2 à 5 % des consultations chez le médecin pour une MTS possible; de 70 à 80 % des ulcérations sont dues au virus *Herpes simplex* (VHS)
- Un petit nombre d'entre elles sont causés par *Treponema pallidum* ou *Haemophilus ducreyi*.
- De 3 à 5 % des ulcères sont causés par 2 agents pathogènes ou plus.
- Les hommes et les femmes qui présentent une ulcération génitale courent un plus grand risque de contracter et de transmettre le VIH.
- Il est rare que le lymphogranulome vénérien (LGV) et le granulome inguinal (GI) causent des ulcérations génitales au Canada.
- *H. ducreyi* est responsable d'épidémies focales en milieu urbain en Amérique du Nord, particulièrement parmi les utilisateurs de cocaïne. Les travailleurs de l'industrie du sexe constituent le réservoir habituel. Ces éclosions sont également associées à l'infection à VIH.

Maladie	% d'ulcérations génitales	Période d'incubation
Infection génitale à VHS	de 70 à 80 %	de 2 à 21 jours
Syphilis primaire	5 %	de 9 à 90 jours (moyenne de 21 jours)
Chancre mou	< 1 %	de 4 à 14 jours

Note : Le reste des ulcérations génitales sont dues à un traumatisme, à une candidose, à une balanite ou une vulvite érosives non spécifiques, au psoriasis, au syndrome de Behçet ou de Reiter, à une néoplasie, à la gale ou à des causes idiopathiques.

Considérations spéciales dans le cas des enfants

- Il faut songer à la possibilité d'un abus sexuel lorsqu'on découvre une ulcération génitale chez un enfant après la période néonatale. Dans ces cas, il faut consulter un collègue expérimenté dans le domaine.

- Voir *Abus sexuels à l'endroit des enfants*, page 233.

- Déclaration des cas d'agression sexuelle :
  - il faut signaler tous les cas d'abus sexuel à l'égard d'un enfant à l'organisme local de protection de l'enfance
  - les autorités sanitaires locales peuvent aider à évaluer la source de l'infection et les risques de transmission.
- L'examen physique doit comporter la recherche d'autres signes de mauvais traitements et d'autres MTS.
- Dans la mesure du possible, l'enfant devrait être évalué dans un centre spécialisé. Il faut essayer de faire faire tous les tests pertinents lors de l'examen initial.

Caractéristiques diagnostiques

- Antécédents de lésion génitale
- Contact avec des travailleurs de l'industrie du sexe
- Syphilis et chancre mou : voyage dans une région où ces maladies sont endémiques, relations sexuelles avec un nouveau partenaire
- VIH : activité sexuelle, rapports oraux réceptifs
- Contact avec une personne présentant une ulcération génitale

Manifestations (ulcères et vésicules)

Note : Une infection à VIH concomitante modifie le tableau clinique des ulcérations génitales dues aux trois maladies qui suivent :

Maladie	Site	Aspect	Autres signes et symptômes
Infection génitale à virus *Herpes simplex* (VHS)	**Hommes :** ■ gland, prépuce, corps de la verge, anus, rectum chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes **Femmes :** ■ col utérin, vulve, vagin, périnée, jambes et fesses	■ vésicules multiples regroupées → ulcères circulaires superficiels sur base érythémateuse ■ bord et base lisses ■ lésions peu profondes	■ ulcères habituellement douloureux ou accompagnés d'un prurit ■ douleur dans la région génitale ■ ganglions lymphatiques inguinaux tuméfiés, non fluctuants et sensibles ■ fièvre et malaise (surtout lors de la primo-infection)

Syphilis primaire	■ au point d'inoculation	■ papule ➔ chancre ■ induration accompagnée d'exsudat séreux ■ un seul chancre dans 70 % des cas ■ bord et base lisses	■ ulcères souvent indolores ■ ganglions souvent fermes, hypertrophiés, non fluctuants et insensibles
Chancre mou	■ au point d'inoculation	■ un ou plusieurs ulcères nécrosants ■ 2 ulcères ou plus dans 50 % des cas ■ non induré ■ bord décollé et fendillé ■ base irrégulière	■ ulcères douloureux ■ souvent accompagnés d'une adénopathie régionale douloureuse et suppurante et d'un érythème et d'un oedème de la peau sus-jacente

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire

T. pallidum (syphilis)

- Examen au microscope à fond noir ou réaction d'immunofluorescence directe de l'épanchement séreux des ulcères. La sérologie de la syphilis devrait inclure un test non tréponémique (p. ex. RPR, VDRL) et au moins une réaction tréponémique (p. ex. TP-PA, MHA-TP, FTA-ABS) – (voir *Syphilis*, page 171).

Herpes simplex (VHS)

- On devrait mettre en culture des échantillons d'au moins trois ulcères À MOINS QU'une infection s'accompagnant du même tableau clinique n'ait été confirmée auparavant (voir *Prélèvement des échantillons*, page 53).

H. ducreyi (chancre mou)

- Il faut effectuer une culture ou des tests d'amplification des acides nucléiques (p. ex. "PCR").
- Il convient de **prévenir le laboratoire** qu'il faut utiliser des techniques spéciales; un frottis pour la coloration de Gram peut également être utile (voir page 60).

Prise en considération d'autres MTS

- Voir *Approche clinique pour le diagnostic et la prise en charge des MTS*, page 41.
- Il faut obtenir un (des) échantillon(s) pour le diagnostic d'une chlamydiose et d'une infection gonococcique.

- Des tests de détection du VIH et un counselling sont recommandés (voir page 203).
- Il y aurait également lieu d'immuniser le patient contre l'hépatite B (voir page 134).

Prise en charge

Résultats non encore disponibles	
■ À tout le moins, obtenir un échantillon de sang pour une sérologie de la syphylis au moyen d'une réaction non tréponémique (p. ex. RPR, VDRL) et des tests tréponémiques (p. ex. TP-PA, MHA-TP) ET un prélèvement par écouvillonnage des ulcères pour la détection du virus de l'*Herpes simplex* (VHS). ■ Traiter comme s'il s'agissait d'une syphilis et d'un chancre mou si l'on n'est pas sûr qu'il y aura un suivi (voir pages ci-dessous et 127; 177).	

Résultats du RPR, VDRL, TP-PA, MHA-TP disponibles	
L'examen au microscope à fond noir et la réaction d'immunofluorescence donnent des résultats POSITIFS (présence de spirochètes mobiles à forme de tire-bouchon)	■ traiter pour la syphilis (voir page 177).
L'examen au microscope à fond noir, la réaction d'immunofluorescence ET les tests de détection du virus *Herpes simplex* (VHS) et de *H. ducreyi* donnent des résultats NÉGATIFS ou n'ont pas été effectués	■ **traiter comme s'il s'agissait d'une syphilis :** – **s'il y a des antécédents récents de contact avec un cas de syphilis infectieuse ou** – **s'il y a de bons indices cliniques et si l'on ne peut assurer un suivi** AUTREMENT ■ **envisager de traiter pour une infection à VHS :** – **si les tests de laboratoire sont négatifs et si le tableau clinique est typique d'une infection à virus *Herpes simplex* (voir page 184)** OU ■ **traiter pour un chancre mou (voir page 127)** – **si le tableau clinique est évocateur d'un chancre mou**

Traitement

Syphilis – Primaire

- voir *Syphilis*, page 177.

Infection génitale à virus de l'*Herpes simplex* (VHS)

- voir *Infections génitales à VHS*, page 185.

Chancre mou

Adultes

Traitement de choix :

- azithromycine, 1 g *per os* en dose unique.

Autres traitements :

- ciprofloxacine, 500 mg *per os* 2 fois par jour pendant 3 jours (non recommandée pour les enfants impubères, les femmes enceintes ou les mères qui allaitent)
  OU
- ceftriaxone, 250 mg IM en dose unique
  OU
- érythromycine, 2 g/jour *per os* en doses fractionnées pendant 7 jours[(a)].

Enfants

Traitement de choix :

- azithromycine, 12-15 mg/kg en dose unique (max. 1 g)

Autres traitements :

- érythromycine, 50 mg/kg/jour *per os* en doses fractionnées pendant 7 jours (max. 500 mg 4 fois par jour)[(a)].

Note : (a) Il faut suivre de près les patients qui ont reçu de l'érythromycine pour voir si le traitement est efficace. Les doses d'érythromycine s'appliquent à l'érythromycine base. On peut les remplacer par des doses équivalentes d'autres formules (sauf l'estolate, qui est contre-indiqué durant la grossesse).

Prévention

- Lorsqu'un patient consulte pour des problèmes associés aux MTS ou à la contraception, il faut saisir cette importante occasion pour l'informer et l'encourager à toujours avoir des relations sexuelles protégées.
- Au moment du diagnostic de MTS, il faut examiner et surveiller les mesures de prévention.
- Il faut cerner les obstacles à la prévention et les moyens de les surmonter.
- Voir *Prévention primaire des MTS*, page 31.
- Les patients et les contacts devraient attendre que leurs traitements soient terminés (si c'est un traitement de 7 jours attendre 7 jours après la prise d'une dose unique) avant d'avoir des relations sexuelles non protégées.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Les cas de maladie à déclaration obligatoire en vertu des lois et des règlements provinciaux et territoriaux devraient être signalés aux autorités sanitaires locales.
- Lorsqu'un traitement est indiqué pour un chancre mou diagnostiqué, tous les partenaires qui ont eu des contacts sexuels avec le cas index (au moins dans les 2 semaines qui ont précédé) devraient être retracés, soumis à une évaluation clinique et traités comme il convient. Afin de prévenir une éclosion, la notification au partenaire est d'une suprême importance dans le cas d'affections rares telles la syphilis et le chancre mou.
- Lorsqu'un traitement est indiqué pour une syphilis primaire diagnostiquée, tous les partenaires qui ont eu des contacts sexuels avec le cas index dans les 3 mois précédant l'apparition des symptômes doivent être retracés, subir des tests et être soumis au même schéma thérapeutique que le cas index.
- Les autorités sanitaires locales devraient contribuer à la notification aux partenaires et à leur orientation pour qu'ils subissent une évaluation clinique, des tests, un traitement et reçoivent des services d'éducation sanitaire.

Suivi

- Il faut prévoir un suivi pour le chancre mou et une infection génitale à VHS mais si le traitement recommandé est administré et observé, si les symptômes et signes sont disparus et si le patient n'est pas réexposé à un partenaire non traité (chancre mou), il n'est pas systématiquement recommandé de répéter les tests diagnostiques.
- Pour le suivi des patients syphilitiques, voir *Syphilis*, page 182.

HÉPATITE TRANSMISE SEXUELLEMENT

Ce chapitre traite des infections par le virus de l'hépatite A (VHA), le virus de l'hépatite B (VHB) et le virus de l'hépatite C (VHC).

Définition

- Il s'agit d'une inflammation du foie causée par des virus transmissibles sexuellement.

Étiologie / Épidémiologie

- Les maladies les plus préoccupantes qui peuvent être transmises sexuellement sont l'hépatite B, l'hépatite A, l'infection à cytomégalovirus (CMV), l'infection par le virus Epstein-Barr (VEB) et l'infection primaire au VIH. Rares sont les cas d'hépatite C transmis par voie sexuelle.
- L'infection aiguë par les virus de l'hépatite A, B et C, par le VEB ou le CMV est souvent asymptomatique ou le tableau clinique est non spécifique.
- Les virus de l'hépatite B et C peuvent causer une infection chronique, une hépatite chronique, une cirrhose et un carcinome hépatocellulaire.

Hépatite B

- C'est l'hépatite transmise sexuellement la plus fréquente.
- En 1995, 3 034 cas d'hépatite B ont été signalés au Canada. En 1994, 3 078 cas ont été déclarés; au moins 1 137 de ces cas étaient des infections aiguës qui venaient probablement d'être contractées. Le taux d'incidence de l'hépatite B aiguë semble décliner.
- On estime à moins de 0,5 % la proportion de porteurs chroniques dans l'ensemble de la population.
- Quarante-cinq pour cent des nouveaux cas d'hépatite B sont transmis par voie sexuelle.
- Au nombre des autres modes de transmission figurent :
  - l'exposition parentérale à du sang contaminé
  - la transmission périnatale (mère-enfant)
  - la transmission entre contacts familiaux par suite d'une exposition à du sang ou à des sécrétions.
- Avant qu'on ne soumette les dons de sang à des tests de dépistage, le sang et les produits sanguins étaient des sources importantes d'infection au Canada.

Personnes à haut risque d'hépatite B :

- les nourrissons dont la mère est HBs Ag positive
- les utilisateurs de drogues injectables qui partagent du matériel d'injection ou d'autre matériel d'utilisation de drogues
- les personnes qui ont plusieurs partenaires sexuels, en particulier les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, les travailleurs de l'industrie du sexe et les jeunes de la rue
- les personnes qui sont nées, qui ont eu des relations sexuelles ou dont les parents ont vécu dans des régions où la maladie est fortement endémique
- les contacts familiaux et les partenaires sexuels de cas d'infection aiguë
- les personnes exposées à du sang (p. ex. travailleurs de la santé)
- les détenus et les déficients intellectuels vivant en établissement.

Hépatite A

- En 1995, 2 108 cas ont été signalés (7,1/100 000 habitants au Canada).
- L'infection se transmet le plus souvent par voie fécal-orale (p. ex. contacts familiaux) et par les aliments.
- Elle peut également être transmise lors des rapports sexuels, en particulier chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes.
- Les voyageurs qui se rendent dans des régions de forte endémicité sont considérés à haut risque d'infection, en particulier d'infection transmise par voie sexuelle et par les aliments (voir *Voyageurs*, page 257).
- On fait état d'un taux plus élevé de complications mortelles d'hépatite A chez les personnes infectées par le VHC ou le VIH.

Hépatite C

- Le taux de prévalence dans l'ensemble de la population se situe entre 0,5 et 1 %.
- Le taux de transmission est le plus élevé chez les utilisateurs de drogues qui partagent des aiguilles et des pailles servant à renifler de la drogue ou d'autre matériel d'utilisation de drogues.
- Les virus se transmettent de la façon suivante :
  - exposition parentérale à du sang contaminé
  - transmission sexuelle possible mais beaucoup moins efficace que dans le cas du virus de l'hépatite B
  - transmission périnatale (mère-enfant) possible mais beaucoup moins efficace que dans le cas du virus de l'hépatite B

Personnes à haut risque d'hépatite C :

Les plus à risque :

- utilisateurs de drogues injectables qui partagent des seringues, des pailles ou d'autre matériel d'utilisation de drogues
- personnes qui ont reçu du sang ou des produits sanguins avant l'introduction en mai 1992 de tests très sensibles pour le dépistage de l'hépatite C chez les donneurs de sang

À risque :

- les personnes qui dans le cadre de leur travail sont exposées par voie parentérale à du sang provenant de cas connus d'hépatite C (p. ex. travailleurs de la santé)
- partenaire(s) sexuel(s) d'un cas connu d'hépatite C

Considérations spéciales dans le cas des enfants

- Un dépistage prénatal universel est recommandé pour la recherche de l'HBs Ag.
- On recommande l'administration du vaccin anti-hépatite B aux enfants de moins de 7 ans dont la famille a immigré au Canada en provenance de régions où l'hépatite B est très prévalente et qui peuvent être exposés à des porteurs du VHB dans leur famille élargie ou dans leur communauté.
- On administrera à tous les enfants nés de mères HBs Ag positives 0,5 ml d'immunoglobulines hyperimmunes contre l'hépatite B (HBIG) à la naissance avant leur congé de l'hôpital ET le vaccin contre l'hépatite B, la première dose durant la période néonatale.
- Tous les enfants qui sont des contacts familiaux de personnes HBs Ag positifs doivent être immunisés contre l'hépatite B.
- Il existe au Canada des programmes universels d'immunisation contre l'hépatite B pour tous les enfants d'âge scolaire ou les nourrissons.
- Voir *Prévention*, pages 136-138.

Caractéristiques diagnostiques

Si l'infection est symptomatique :	Si l'infection est asymptomatique :
■ malaise, anorexie avec ou sans ictère ■ arthralgie, urticaire, fièvre ■ élévation des concentrations sériques	■ recherche d'indices épidémiologiques (voir *Épidémiologie*, page 129) ■ élévation des concentrations sériques

Manifestations de la maladie

Maladie	Période d'incubation	Hépatite aiguë (% de sujets symptomatiques)	Issue
Hépatite B	De 45 à 180 jours	■ < 10 % des infections chez les enfants ■ 50 % des infections chez les adultes	■ < 1 % des sujets présentent une hépatite fulminante ■ en général, de 1 à 10 % des adultes deviennent des porteurs chroniques ■ si l'infection a été contractée durant la période périnatale ou par un jeune enfant, le taux de portage peut dépasser 90 %
Hépatite A	De 15 à 45 jours	■ < 10 % des infections chez les enfants ■ 50 % des infections chez les adultes	■ absence de portage chronique ■ taux élevé de létalité si le sujet est également infecté par le VHC
Hépatite C	De 14 à 168 jours	■ infection le plus souvent asymptomatique	■ jusqu'à 85 % des sujets infectés deviennent des porteurs chroniques

Diagnostic en laboratoire et interprétation de la sérologie de l'hépatite

■ Si l'on soupçonne une hépatite virale aiguë, il faut effectuer un prélèvement de sang pour la détection des anti-VHA IgM, de l'HBs Ag, des anti-HBc IgM, des anticorps anti-VHC.

Principaux marqueurs sérologiques des hépatites virales[a]

Hépatite B	
HBs Ag : antigène de surface de l'hépatite B ■ indique une infection en cours ou un portage chronique ■ est généralement le premier marqueur sérologique décelable ■ dans les cas d'infection aiguë, précède de plusieurs semaines (jusqu'à un mois) l'élévation des transaminases et les signes cliniques ■ n'est habituellement plus décelable après 6 mois, demeure présent plus longtemps dans les cas de portage chronique	**HBe Ag : antigène e de l'hépatite B** ■ indique une contagiosité maximale ■ détectable peu après l'apparition de l'HBs Ag; indique une phase de réplication virale intense ■ persiste normalement de 3 à 6 semaines lors d'une hépatite aiguë mais peut demeurer présent beaucoup plus longtemps lors d'une hépatite chronique **anti-HBe : anticorps contre l'antigène e de l'hépatite B** ■ en présence de l'HBs Ag, indiquent une contagiosité moins importante que celle indiquée par la présence d'HBe Ag.

anti-HBs : anticorps contre l'antigène de surface de l'hépatite B

- indiquent l'immunité contre le virus, acquise à la suite d'une infection antérieure ou d'un vaccin. La vaccination induit la formation d'anti-HBs et non d'anti-HBc.
- sont décelables quelques semaines après la disparition de l'HBs Ag
- demeurent présent pendant un grand nombre d'années
- sont présents de manière transitoire (quelques mois) après l'administration d'immunoglobulines contre l'hépatite B (HBIG)

Anti-HBc totaux : anticorps contre l'antigène de la nucléocapside du VHB

- deviennent positifs peu après le début des manifestations cliniques, soit environ 1 à 4 semaines après l'apparition de l'HBs Ag
- précèdent l'apparition des anti-HBs de plusieurs semaines à plusieurs mois
- indiquent une infection récente ou antérieure
- sont habituellement décelables toute la vie

anti-HBc IgM :

- indiquent une infection aiguë ou récente
- présents habituellement durant les 3 à 6 premiers mois après une infection aiguë

Hépatite A

anti-HAV : anticorps contre le virus de l'hépatite A

anti-HAV IgM:

- indiquent une infection récente ou en cours
- sont présent dès l'apparition des manifestations cliniques
- disparaissent en l'espace de 3 à 6 mois

anti-HAV IgG :

- indiquent une protection de longue durée acquise à la suite d'une infection antérieure ou d'un vaccin
- sont présent de manière transitoire (quelques mois; variations selon la dose administrée) après l'administration d'immunoglobulines humaines (IG)

Hépatite C

anti-HCV : anticorps contre le virus de l'hépatite C

- indiquent une infection récente ou chronique
- sont décelables de quelques semaines à plusieurs semaines après l'apparition des manifestations cliniques (en dedans de 24 semaines)
- peuvent être absents durant la phase aiguë
- ne signifient pas la résolution de l'hépatite C
- n'indiquent pas une protection contre le virus.

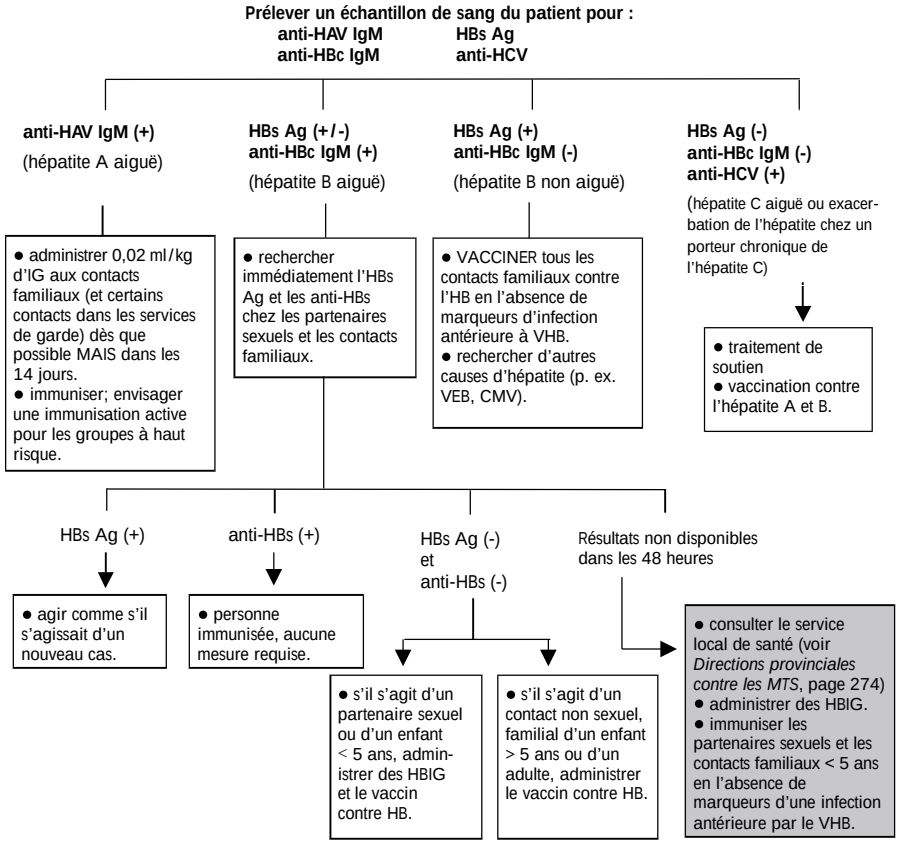
Note : (a) Adapté avec la permission de l'éditeur de *Maladies transmissibles sexuellement. Guide pratique.* Régies régionales de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et de Laval, 1996, p. 11.

Prise en considération d'autres MTS

- Il faut obtenir un (des) échantillon(s) pour le diagnostic de la chlamydiose et de l'infection gonococcique si les données cliniques et épidémiologiques en soulèvent la pertinence.

- Il est fortement recommandé d'effectuer un test de détection du VIH, en particulier lorsqu'on soupçonne que l'hépatite a été transmise par voie sanguine (voir page 132).
- Il faut évaluer la pertinence de faire un prélèvement de sang pour des épreuves sérologiques de détection de la syphilis (voir page 173).
- Voir *Approche clinique pour le diagnostic et la prise en charge des MTS*, page 41.

Prise en charge d'un cas clinique d'hépatite


Prélever un échantillon de sang du patient pour :
anti-HAV IgM
HBs Ag
anti-HBc IgM
anti-HCV
anti-HAV IgM (+)
(hépatite A aiguë)
HBs Ag (+/-)
anti-HBc IgM (+)
(hépatite B aiguë)
HBs Ag (+)
anti-HBc IgM (-)
(hépatite B non aiguë)
HBs Ag (-)
anti-HBc IgM (-)
anti-HCV (+)
(hépatite C aiguë ou exacerbation de l'hépatite chez un porteur chronique de l'hépatite C)
● administrer 0,02 ml/kg d'IG aux contacts familiaux (et certains contacts dans les services de garde) dès que possible MAIS dans les 14 jours.
● immuniser; envisager une immunisation active pour les groupes à haut risque.
● rechercher immédiatement l'HBs Ag et les anti-HBs chez les partenaires sexuels et les contacts familiaux.
● VACCINER tous les contacts familiaux contre l'HB en l'absence de marqueurs d'infection antérieure à VHB.
● rechercher d'autres causes d'hépatite (p. ex. VEB, CMV).
● traitement de soutien
● vaccination contre l'hépatite A et B.
HBs Ag (+)
anti-HBs (+)
HBs Ag (-)
et
anti-HBs (-)
Résultats non disponibles dans les 48 heures
● agir comme s'il s'agissait d'un nouveau cas.
● personne immunisée, aucune mesure requise.
● s'il s'agit d'un partenaire sexuel ou d'un enfant < 5 ans, administrer des HBIG et le vaccin contre HB.
● s'il s'agit d'un contact non sexuel, familial d'un enfant > 5 ans ou d'un adulte, administrer le vaccin contre HB.
● consulter le service local de santé (voir *Directions provinciales contre les MTS*, page 274)
● administrer des HBIG.
● immuniser les partenaires sexuels et les contacts familiaux < 5 ans en l'absence de marqueurs d'une infection antérieure par le VHB.

Notes :

- Une co-infection par les virus de l'hépatite A, B, C est possible.
- Dans les cas cliniques d'hépatite aiguë où l'on ne retrouve pas d'anti-HAV IgM ET où le test de détection d'une hépatite B aiguë est négatif ET où la recherche des anticorps anti-HCV donne des résultats négatifs ou n'est pas effectuée :
  - rechercher les anticorps anti-HCV à moins que ce test ait été effectué durant l'évaluation initiale (absence d'anti-HCV n'exclut pas le diagnostic d'hépatite C aiguë); répéter le test 3 et 6 mois après l'apparition des symptômes
  - songer à rechercher d'autres causes (p. ex. mononucléose, infection à cytomégalovirus).
- Il faut saisir toutes les occasions d'immuniser tous les patients à haut risque d'hépatite B, en particulier ceux de < 5 ans, car ils risquent beaucoup plus de devenir des porteurs chroniques s'ils sont infectés.
- Le port du condom est recommandé pour tous les contacts sexuels à risque d'hépatite B pendant la période de primo-vaccination.

- Un traitement antiviral peut être recommandé pour l'hépatite chronique causée par le VHB ou le VHC. Il est recommandé de consulter un collègue expérimenté dans ce domaine.

Prise en charge des partenaires sexuels

Hépatite B

- Si possible, il faut identifier les partenaires sexuels ou les personnes qui ont partagé des aiguilles et seringues et l'équipement d'injection durant les 6 mois qui ont précédé l'apparition des symptômes ou plus longtemps si le cas est asymptomatique ou si l'histoire le justifie.
- Il faut dispenser des conseils aux partenaires susceptibles concernant le risque d'infection et les méthodes de réduction du risque.
- Contacts :
  - administrer des HBIG de préférence dans les 48 heures après l'exposition. Reste utile jusqu'à 14 jours. Commencer la vaccination pour l'hépatite B
  - faire subir des tests aux partenaires sexuels actuels réguliers et immuniser ceux qui sont susceptibles
  - dispenser des conseils au sujet de la réduction du risque jusqu'à la fin de la première série vaccinale.

Hépatite A

- Immunisation passive à l'aide d'immunoglobulines (0,02 ml/kg, maximum 2,0 ml) dans les 14 jours suivant le contact
- Immunisation active contre l'hépatite A et B à envisager

Hépatite C

- L'immunisation passive à l'aide d'immunoglobulines n'est pas utile.
- La transmission sexuelle ne constitue pas la principale source d'infection, mais il convient de dispenser des conseils concernant les méthodes de réduction du risque.

Prévention

- Il faut conseiller les patients au sujet des méthodes plus sûres d'utilisation des drogues par injection et leur fournir de l'information sur la réhabilitation.
- Il faut dispenser des conseils concernant les mesures d'hygiène.
- Lorsqu'un patient consulte pour des problèmes liés aux MTS et/ou à la contraception, il faut saisir cette importante occasion pour l'informer et l'encourager à toujours avoir des relations sexuelles protégées.
- Au moment du diagnostic de MTS, il faut, dans tous les cas, reviser et évaluer les méthodes de prévention.
- Il convient de cerner les barrières à la prévention et les moyens de les surmonter.
- Voir *Prévention primaire des MTS*, page 31.

Tests sérologiques systématiques

- Il n'est pas indiqué de surveiller la réponse symptomatique à l'immunisation, SAUF chez les nourrissons : faire des tests de détection de l'HBs Ag des anti-HBs pour vérifier l'efficacité de la prophylaxie un mois après la dernière dose de vaccin.
- Il est utile de repérer les porteurs de l'HBs Ag parmi les personnes qui courent le plus grand risque d'hépatite transmise sexuellement (p. ex. hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, utilisateurs de drogues injectables, travailleurs de l'industrie du sexe et immigrants); lorsqu'on ne peut garantir le suivi, on administrera la première dose d'immunisation.

Immunisation contre l'hépatite B

- L'immunisation contre l'hépatite B contribue de façon très efficace à prévenir l'infection et la maladie et est fortement recommandée pour **tous les enfants dont un des contacts familiaux est porteur de l'HBs Ag.**
- Il est fortement recommandé d'immuniser tous les nouveau-nés dont la mère est HBs Ag positive :
  - administrer 0,5 ml d'HBIG à la naissance avant le congé de l'hôpital ET un vaccin contre l'hépatite B, la première dose durant la période néonatale (deuxième dose à 1 mois, troisième dose à 6 mois); rechercher l'HBs Ag et les anti-HBs 1 mois après la troisième dose du vaccin.

- Il est recommandé de mettre en place des programmes d'immunisation universelle contre l'hépatite B à l'intention des nourrissons ou des pré-adolescents. En l'espace de 10 ans, les jeunes de 15 à 19 ans constitueront une cohorte de personnes immunisées.
- En outre, il faut immuniser à la moindre occasion les membres des groupes cibles suivants qui risquent de contracter une hépatite B :

Immuniser contre l'hépatite B à la première occasion

- les enfants de moins de 7 ans dont la famille a immigré au Canada en provenance de régions où la prévalence de l'hépatite B est élevée et qui peuvent avoir été exposés à des porteurs du VHB dans leur famille élargie ou dans leur communauté.
- les clients et les employés des établissements pour déficients intellectuels
- les travailleurs de l'industrie du sexe
- les communautés où l'infection à VHB est fortement endémique
- les hémodialysés
- les contacts familiaux d'un porteur chronique
- les utilisateurs de drogues par injection
- les détenus des pénitenciers
- les voyageurs internationaux, en particulier ceux qui prévoient séjourner plus de 6 mois dans une région de forte endémicité ou qui auront des contacts étroits (en particulier sexuels) avec la population locale.
- les personnes qui ont contracté récemment une MTS
- les personnes dont le partenaire sexuel régulier est HBs Ag positif
- les personnes qui ont plusieurs partenaires sexuels
- les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes
- les personnes qui risquent dans leur travail d'être exposées par voie parentérale à du sang ou des liquides corporels contaminés par du sang
- les personnes ayant reçu des produits sanguins
- les jeunes
- ET les partenaires sexuels des personnes mentionnées ci-dessus

Dépistage de l'hépatite B avant l'immunisation

- On ne recherchera que les anticorps anti-HBc (parce qu'ils sont présents pendant une plus longue période); si le test est positif, il faut rechercher l'HBs Ag.
- Un tel dépistage n'est pas recommandé dans le cadre d'un programme d'immunisation universelle des nourrissons ou des jeunes enfants.
- Dans le cas d'autres personnes à haut risque d'hépatite B, ce dépistage n'est recommandé que si le coût de l'immunisation dépasse celui du dépistage, OU si le taux de portage dans ces groupes est supérieur à 2 %.

Immunisation contre l'hépatite A

- Une vaccination universelle contre l'hépatite A n'est pas recommandée.
- Elle est recommandée dans le cas des personnes jugées à haut risque, en particulier à cause de leurs activités sexuelles ou de leur exposition à des aliments contaminés, notamment :
  - les utilisateurs de drogues par injection
  - les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes
  - les jeunes de la rue
  - les personnes qui se rendent dans des régions de forte endémicité

Prévention de l'hépatite C

- Il n'existe aucun vaccin.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- L'hépatite B et l'hépatite A sont des maladies à déclaration obligatoire dans toutes les provinces et les territoires; les cas d'hépatite C doivent obligatoirement être déclarés dans la plupart des provinces et territoires.
- Dans la mesure du possible, il faut préciser si un cas est aigu ou s'il s'agit d'un porteur chronique (hépatite B ou C) ET indiquer le mode probable de transmission.
- Les autorités sanitaires locales peuvent habituellement collaborer à la notification aux partenaires et à l'orientation de ces derniers pour qu'ils subissent une évaluation clinique, des tests, un traitement et reçoivent des services d'éducation sanitaire.

OPHTALMIE NÉONATALE

Étiologie

- Parmi les agents responsables de la transmission maternelle de cette MTS figurent *Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae* et le virus *Herpes simplex* (VHS).
- Les cas de transmission de MTS sont plus fréquents lorsque :
  - il y a rupture prolongée des membranes
  - l'enfant est prématuré
  - la mère a des antécédents de MTS
  - aucun soin prénatal n'a été dispensé
  - la mère est adolescente.

Étiologie liée aux MTS	% de conjonctivites du nouveau-né	Période d'incubation	Gravité de la conjonctivite	Problèmes associés
Chlamydia trachomatis	De 10 à 20 %	De 5 à 14 jours	+	pneumonie entre 3 semaines et 3 mois
Neisseria gonorrhoeae	< 1 %	De 2 à 5 jours	+++	infection disséminée
Virus *Herpes simplex* (VHS)	< 1 %	De 7 à 14 jours	+ kératite, ulcération	infection disséminée

- Les causes les plus fréquentes de conjonctivite non transmise sexuellement sont *Staphylococcus aureus* et les agents chimiques.

Épidémiologie

- On observe une conjonctivite purulente chez < 1 % des nouveau-nés au Canada.
- L'application systématique d'une prophylaxie oculaire contribue à réduire l'incidence de la conjonctivite gonococcique du nouveau-né.
- Cette infection peut survenir malgré l'application d'une prophylaxie oculaire.

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire

- *C. trachomatis* — Raclage de la conjonctive palpébrale inférieure et prélèvement par aspiration de liquide du rhino-pharynx pour une culture ou un test diagnostique autre que la culture.
- *N. gonorrhoeae* — Coloration de Gram et culture bactérienne de l'écoulement purulent. Il n'est pas nécessaire de prélever des échantillons chez le nouveau-né pour des tests diagnostiques avant la mise en route du traitement prophylactique.

- VHS — Cultures virales de la conjonctive, des sécrétions et liquides buccaux et des raclages des lésions cutanées; examen au microscope électronique pour un diagnostic rapide si l'on dispose de produits de raclage des vésicules cutanées.
- Il faut songer à rechercher chez la mère d'autres MTS (voir *Approche clinique pour le diagnostic et la prise en charge des MTS*, page 45) :
  - des tests de détection du VIH et une immunisation contre l'hépatite B sont recommandés (voir page 136)
  - si le nouveau-né est séropositif pour le VIH, cela ne signifie pas nécessairement qu'il est infecté (voir *Infection à VIH chez les enfants*, page 210)
  - il serait bon d'obtenir un échantillon de sang pour les tests sérologiques de détection de la syphilis (voir page 173).

Prise en charge et traitement

Infection à *C. trachomatis*

Durant la première semaine de vie :

- nourrissons < 2 000 g : érythromycine, 20 mg/kg/jour *per os* en doses fractionnées
- nourrissons > 2 000 g : érythromycine, 30 mg/kg/jour *per os* en doses fractionnées

> **1 semaine à 1 mois :**

- érythromycine, 40 mg/kg/jour *per os* en doses fractionnées

> **1 mois :**

- érythromycine, 40 mg/kg/jour *per os* en doses fractionnées

Les schémas ci-dessus devraient être administrés pendant au moins 14 jours.

Notes :

- Un traitement topique seulement de la conjonctivite n'est PAS adéquat.
- Les doses d'érythromycine s'appliquent à l'érythromycine base. On peut les remplacer par des doses équivalentes d'autres formules.

Infection à *N. gonorrhoeae*

- HOSPITALISER et prendre les précautions appropriées pour lutter contre l'infection jusqu'à ce qu'un traitement efficace ait été administré pendant 24 heures.
- Faire une culture des sécrétions oculaires, une hémoculture (LCR seulement si des données montrent que la maladie est systémique).
- Irriguer les yeux à l'aide de sérum physiologique stérile immédiatement et au moins toutes les heures aussi longtemps que nécessaire pour éliminer l'écoulement.
- Consulter un collègue expérimenté dans le domaine le plus tôt possible.

Traitement[a, b, c] :

Si les manifestations cliniques apparaissent trop tardivement pour qu'on traite les symptômes OU s'il existe d'autres facteurs de risque qui pourraient accroître le risque d'infection systémique (p. ex. rupture prolongée des membranes) :	■ ceftriaxone, 25-50 mg/kg/jour IV ou IM en une seule dose quotidienne pendant 2 à 3 jours jusqu'à ce que l'on obtienne les résultats de l'hémoculture OU ■ céfotaxime, 25 mg/kg IV toutes les 12 heures pendant 2 à 3 jours jusqu'à ce qu'on obtienne les résultats de l'hémoculture
Si l'on soupçonne uniquement une conjonctivite du nouveau-né sans maladie systémique :	■ ceftriaxone, 25-50 mg/kg IV ou IM en dose unique, ne devant pas dépasser 125 mg
Si une maladie systémique est diagnostiquée :	■ ceftriaxone, 25-50 mg/kg IV ou IM en doses quotidiennes uniques pendant 7 jours (porter la durée de la thérapie à 14 jours si la présence d'une méningite est confirmée)[(b)] OU ■ céfotaxime, 25 mg/kg IV toutes les 12 heures pendant 7 jours (porter la durée du traitement à 14 jours si la présence d'une méningite est confirmée).

Ajouter à chacun des schémas ci-dessus de l'érythromycine à des doses adaptées à l'âge pendant 14 jours[c] (tel qu'indiqué à la page 156 pour *C. trachomatis*).

Notes :

(a) Un traitement topique seulement de la conjonctivite n'est PAS adéquat. L'utilisation d'autres antibiotiques topiques n'est pas nécessaire pour le traitement de la conjonctivite gonococcique.

(b) L'usage prolongé de ceftriaxone chez les nouveau-nés a été associé à une précipitation de la bile dans la vésicule biliaire, résultant en une élévation des taux de bilirubine.

(c) Les doses d'érythromycine s'appliquent à l'érythromycine base. On peut les remplacer par des doses équivalentes d'autres formules.

Infection à virus *Herpes simplex* (voir également *Infections génitales à VHS*, page 184)

- HOSPITALISER et isoler le patient.
- Consulter des spécialistes en pédiatrie et en ophtalmologie.

Traitement :

- acyclovir, 45-60 mg/kg/jour IV durant 1 à 2 heures toutes les 8 heures pendant 14 à 21 jours
  PLUS trifluridine ou acyclovir ou autre solution ophtalmique antiherpétique 2 fois par jour pendant 14 jours

Prévention

- Il n'est pas nécessaire de soumettre le nourrisson à des tests de dépistage avant d'entreprendre la prophylaxie.
- La chimioprophylaxie ou le traitement prophylactique aux antimicrobiens devrait être administré le plus tôt possible après l'accouchement et, de préférence, dans l'heure qui suit la naissance. Les tubes et les ampoules ne devraient PAS servir à plus d'un patient.

Options

- onguent ophtalmique à base d'érythromycine à 0,5 %

OU

- onguent ophtalmique à base de tétracycline à 1 %

OU

- onguent ophtalmique de nitrate d'argent à 1 %

- **Aucune de ces mesures ne permettra de prévenir tous les cas d'infection gonococcique ou chlamydienne de l'oeil.**
- Si l'on n'administre pas de traitement prophylactique, il faudrait effectuer un suivi adéquat du nouveau-né.

Déclaration des cas, notification aux partenaires et suivi

- Les cas de maladie à déclaration obligatoire en vertu des lois et règlements provinciaux et territoriaux devraient être signalés aux autorités sanitaires locales.
- La mère et ses partenaires sexuels devraient être retracés, soumis à une évaluation clinique et traités comme il convient.
- Les autorités sanitaires locales devraient contribuer à la notification aux partenaires et à l'orientation de ces derniers pour qu'ils subissent une évaluation clinique, des tests, un traitement et reçoivent des services d'éducation sanitaire.

INFECTIONS INTESTINALES ET ENTÉRIQUES TRANSMISES SEXUELLEMENT

Définitions des syndromes cliniques

Rectite

- Il s'agit d'une inflammation de la muqueuse rectale qui ne s'étend pas à plus de 15 cm de la marge anale.
- Le tableau clinique associe douleur ano-rectale, ténesme, constipation, selles sanguinolentes et/ou écoulement mucopurulent.
- La sigmoïdoscopie révèle entre autres un érythème, une friabilité et/ou des ulcérations de la muqueuse rectale.
- L'infection est habituellement transmise par inoculation directe des pathogènes dans le rectum au cours de relations anales.

Colite et rectocolite

- Il s'agit d'une inflammation du côlon (colite) ou de la muqueuse rectale qui s'étend à plus de 15 cm de la marge anale (rectocolite).
- Le tableau clinique associe diarrhée, douleur abdominale et/ou fièvre (avec ou sans symptômes de rectite).
- L'infection est habituellement transmise par voie fécale-orale.

Entérite

- C'est une inflammation du duodénum, du jéjunum et/ou de l'iléon.
- Le tableau clinique associe diarrhée, douleur abdominale, ballonnements, crampes et/ou nausées.
- L'infection se transmet habituellement par voie fécale-orale.

Notes :

- Plusieurs pathogènes sont souvent présents simultanément, causant des infections mixtes.
- Une infection anale due au virus du papillome humain (VPH) (condylomes génitaux) est parfois présente chez les hommes atteints d'une rectite mais ne cause PAS de symptômes de rectite.
- L'infection est souvent plus grave chez les personnes infectées par le VIH et la liste des causes possibles est plus longue.
- Un traumatisme ou des corps étrangers peuvent entraîner des manifestations évocatrices d'une rectite ou d'une rectocolite.

Considérations spéciales dans le cas des enfants

- Il est rare qu'un enfant soit atteint d'une rectite ou d'une rectocolite causée par un agent pathogène transmis sexuellement, mais si on diagnostique une telle infection, il faut envisager sérieusement la possibilité d'un abus sexuel, et l'examen physique doit inclure une recherche minutieuse d'autres signes de mauvais traitements.

Étiologie

Syndrome	Principales causes
Rectite	■ *Neisseria gonorrhoeae* ■ virus *Herpes simplex* (VHS) ■ *Chlamydia trachomatis*, y compris les souches de LGV ■ *Treponema pallidum* (syphilis)
Rectocolite ou colite	■ *Entamoeba histolytica* ■ *Campylobacter* sp ■ *Shigella* sp ■ *Clostridium difficile* toxinogène ■ *Escherichia coli*, y compris O157:H7
Entérite	■ *Giardia* ■ *E. coli*, y compris O157:H7 ■ autres agents étiologiques à considérer dans les infections à VIH : – cytomégalovirus – complexe *Mycobacterium avium* – *Cryptosporidium* – *Salmonella* sp – *Isospora* – microsporidies

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire

Examen ano-génital

- On effectue un examen des organes génitaux, y compris un examen au spéculum chez les adolescentes et les femmes adultes.
- Il convient également d'effectuer un examen de la région périanale ainsi qu'une anuscopie ou rectoscopie chez les adolescents et les adultes afin d'évaluer l'apparence et la friabilité de la muqueuse et de détecter des lésions ou des ulcères.

Prélèvement des échantillons selon le syndrome motivant la consultation

- Les échantillons prélevés varieront selon le tableau clinique et les antécédents cliniques. Dans certains cas d'entérite, il n'est pas indiqué de rechercher des pathogènes transmis sexuellement.
- On recherchera d'autres MTS s'il y a lieu; il faut notamment
  - rechercher une urétrite chez les adolescents et les adultes de sexe masculin (voir *Urétrite*, page 77)
  - rechercher une cervicite chez les adolescentes et les femmes adultes (voir *Cervicite*, page 84)
  - rechercher une vaginite chez les jeunes filles impubères (voir *Vaginite et vulvite prépubertaires*, page 108)
  - rechercher une urétrite chez les garçons impubères (voir *Prélèvement des échantillons urétraux*, page 78)
- Si l'on détecte des lésions périanales ou d'autres lésions génitales, il convient
  - d'effectuer un examen au microscope à fond noir ou une réaction d'immunofluorescence directe pour *T. pallidum* (si disponible) et une sérologie de la syphilis (voir page 173) et un test de détection du VHS.
  - obtenir des échantillons biopsiques de lésions si le diagnostic est incertain.

Prélèvements rectaux

- Il faut faire des prélèvements rectaux à l'aide d'un écouvillon, de préférence sous observation visuelle directe à l'aide d'un anuscope ou d'un rectoscope pour un test de détection de *N. gonorrhoeae*, une culture de *C. trachomatis* et du VHS (les tests de détection de l'antigène de *Chlamydia* ne sont pas recommandés pour les prélèvements rectaux) et une coloration de Gram.

Prélèvement de selles si l'histoire de cas ou les antécédents cliniques le justifient

- Il faut recueillir un échantillon de selles pour
  - les cultures d'entéropathogènes
  - la recherche de la cytotoxine de *C. difficile*
  - la recherche d'oeufs et de parasites.
- Si une infection à VIH est possible, il faut EN OUTRE recueillir des échantillons de selles pour la recherche de *Cryptosporidium* et de *M. avium-intracellulare.*

Hémoculture

- Si le patient est fébrile et que sa maladie est systémique, il convient de procéder à des hémocultures.

Prise en considération d'autres MTS

(si l'histoire de cas ou les antécédents cliniques le justifient)

- Voir *Approche clinique pour le diagnostic et la prise en charge des MTS*, page 41.
- Des tests de détection du VIH et un counselling sont recommandés (voir page 203).
- Il est recommandé d'administrer le vaccin contre l'hépatite A à certains groupes comme les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et celui contre l'hépatite B à ceux qui courent un risque permanent de contracter le VHB par voie sexuelle ou parentérale (voir page 134).
- Avant d'immuniser certains patients à haut risque contre l'hépatite B, il y aurait peut-être lieu de rechercher les marqueurs de l'hépatite B (antigène de surface [HBs Ag] et anticorps anti-antigène de surface [anti-HBs]) (voir *Hépatite B*, page 132).
- Il faut songer à faire un prélèvement de sang pour des épreuves sérologiques de détection de la syphilis (voir page 173).

Prise en charge et traitement de la rectite

- La prise en charge initiale varie selon que l'on dispose ou non des résultats du frottis coloré lors de la première consultation ou qu'il y a des signes de maladie à d'autres sites. Comme plusieurs micro-organismes pathogènes sont souvent présents en même temps, la prise en charge initiale peut devoir être modifiée lorsqu'on reçoit les résultats de toutes les épreuves diagnostiques.

Présence d'un écoulement rectal purulent ou mucopurulent **OU** **l'étude des frottis d'écoulement rectal révèle une augmentation du nombre de leucocytes polynucléaires (PN) avec ou sans diplocoques intra-cellulaires Gram négatif**	Traiter pour une rectite due à *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* **patients de 9 ans et plus :** ■ ceftriaxone, 250 mg IM en dose unique PLUS azithromycine, 1 g *per os* en dose unique **enfants de moins de 9 ans:** ■ céfixime, 8 mg/kg *per os* en dose unique (max. 400 mg) PLUS azithromycine, 12-15 mg/kg *per os* en dose unique (max. 1 g) **Note** : Pour les autres schémas thérapeutiques, voir *Infections gonococciques*, page 165.

Si le nombre de PN est faible ou nul dans les frottis d'écoulement rectal	■ différer le traitement jusqu'à l'obtention des résultats des tests diagnostiques ■ si les résultats sont positifs, traiter en conséquence (s'il s'agit d'une MTS, voir la section sur la maladie en cause) ■ si les résultats sont négatifs, réévaluer le patient
Présence de lésions externes typiques de l'infection à virus *Herpes simplex* (VHS)	■ envisager de traiter pour une infection à VHS (voir *Infections génitales à VHS*, page 184)
Lésion positive lors de l'examen au microscope à fond noir	■ traiter pour la syphilis (voir page 171)
Signes d'infection dans d'autres localisations	■ traiter pour le syndrome approprié (s'il s'agit d'une MTS, voir la section sur la maladie en cause)
Raison d'ordre épidémiologique pour soupçonner la présence d'une MTS particulière (p. ex. contact avec *N. gonorrhoeae* ou la syphilis)	■ traiter pour la MTS (voir section sur la maladie en cause)

Prévention

- Lorsqu'un patient consulte pour des problèmes liés aux MTS ou à la contraception, il faut saisir cette importante occasion pour l'informer et l'encourager à toujours avoir des relations sexuelles protégées.
- Les relations anales constituent le principal mode de transmission sexuelle des agents responsables de la rectite, et les relations oro-anales représentent le principal mode de transmission sexuelle des agents responsables de la rectocolite/colite et de l'entérite. Il importe ainsi de discuter des risques de contamination oro-fécale avec les patients, en particulier avec les membres des groupes suivants :
  - travailleurs de l'industrie du sexe
  - jeunes de la rue
  - hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes
- Voir *Prévention primaire des MTS*, page 31.
- Au moment du diagnostic de MTS, il faut examiner et recommander des mesures de prévention.
- Il convient d'identifier les obstacles à l'adoption des mesures de prévention et les moyens de les surmonter.
- Un counselling concernant les règles d'hygiène est recommandé.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Les cas de maladie dont la déclaration est obligatoire en vertu des lois et règlements provinciaux et territoriaux devraient être signalés aux autorités sanitaires locales.
- Lorsqu'un traitement pour une rectite bactérienne est indiqué, tous les partenaires qui ont eu des contacts sexuels avec le cas index au moins dans les 60 jours précédant l'apparition des symptômes devraient être retracés, soumis à une évaluation clinique et au même schéma thérapeutique que le cas index. Les personnes traitées pour une infection gonococcique devraient également suivre un traitement contre la chlamydiose.
- Les autorités sanitaires locales peuvent contribuer à la notification aux partenaires et à l'orientation de ces derniers pour qu'ils subissent une évaluation clinique, des tests, un traitement et reçoivent des services d'éducation sanitaire.

Suivi

- ll faut prévoir un suivi.
- Si le traitement recommandé est administré et observé, si les symptômes et signes disparaissent et si le patient n'est pas réexposé à un partenaire non traité, on n'effectue pas habituellement d'autres tests SAUF dans le cas d'une infection gonococcique ou d'une syphilis, où un contrôle sérologique est nécessaire (voir *Syphilis*, page 173).

PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENT DE CERTAINES MALADIES

CHLAMYDIOSE

Étiologie

- Elle est causée par *Chlamydia trachomatis*.

Épidémiologie

- En 1995 seulement, 37 551 cas ont été signalés au Canada (taux général d'incidence : 126,8 pour 100 000 habitants).
- Cette infection est fréquente chez les jeunes actifs sexuellement :
  - les cas sont les plus nombreux chez les femmes de 15 à 24 ans (incidence chez les femmes de 15 à 19 ans : 1 109,1/100 000 habitants; chez les femmes de 20 à 24 ans : 1 041,7/100 000 habitants).
  - chez les hommes de nombreux cas ne sont pas diagnostiqués.
- Plus de 50 % des hommes et de 70 % des femmes peuvent être asymptomatiques.
- Chez les cas symptomatiques, la période d'incubation varie entre 2 et 6 semaines, mais elle peut être plus longue.
- *N. gonorrhoeae* est occasionnellement associé à *C. trachomatis.*
- Une infection chronique symptomatique est possible.

Caractéristiques diagnostiques

Facteurs comportementaux

- Contact avec une personne atteinte d'une infection diagnostiquée ou d'un syndrome compatible.
- Jeune actif sexuellement âgé de < 25 ans.
- Antécédents de MTS.

Symptômes

Femmes	Hommes	Nouveau-nés et nourrissons
■ infection le plus souvent asymptomatique ■ écoulement génital ■ dysurie (lorsqu'une infection urinaire a été écartée) ■ douleurs abdominales basses ■ saignements vaginaux anormaux ■ dyspareunie profonde	■ écoulement urétral ■ dysurie ■ sensation de picotement au niveau de l'urètre ■ douleurs aux testicules (épididyme)	■ conjonctivite chez les nouveau-nés et pneumonie chez les nourrissons de < 6 mois

Manifestations de la maladie

Nouveau-nés et nourrissons	Enfants	Jeunes et adultes
■ conjonctivite chez les nouveau-nés ■ pneumonie chez les nourrissons de < 6 mois	■ urétrite ■ vaginite ■ rectite ■ conjonctivite ■ lymphogranulome vénérien	**Femmes :** ■ cervicite ■ atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) ■ urétrite ■ périhépatite **Hommes :** ■ urétrite ■ épididymite **Hommes et femmes :** ■ rectite ■ conjonctivite ■ syndrome de Reiter ■ lymphogranulome vénérien

Principales séquelles

- Femmes :
  - atteinte inflammatoire pelvienne
  - douleurs pelviennes chroniques
  - infertilité
  - grossesse ectopique
  - syndrome de Reiter
- Hommes :
  - orchi-épididymite
  - syndrome de Reiter
  - infertilité (rare)

Diagnostic en laboratoire

- Les résultats dépendent du type de test disponible, de la qualité des prélèvements, des conditions de transport des prélèvements et du degré d'expertise du laboratoire.
- La culture était traditionnellement considérée comme la méthode de choix pour le diagnostic en laboratoire, en particulier pour des raisons médico-légales, car elle est plus spécifique que les autres types de tests.
- Les nouveaux tests d'amplification des acides nucléiques (p. ex. "PCR, LCR") sont plus sensibles que la culture, sont très spécifiques, plus acceptables pour les patients et utilisables pour les preuves médico-légales (voir *Diagnostic en laboratoire*, page 53).
- Les techniques de détection des antigènes (p. ex. IFD, EIA) associées à des tests de confirmation sont une autre solution possible (voir page 65). Ces techniques ne sont pas indiquées pour les prélèvement rectaux, naso-pharyngés ou urinaires.
- Les épreuves sérologiques sont rarement utiles :
  - la recherche des anticorps sériques IgM par immunofluorescence n'est utile que pour le diagnostic de la pneumonie précoce à *Chlamydia* chez les nourrissons, en particulier s'ils sont âgés de < 3 mois
  - la recherche des anticorps sériques IgM dirigés contre *C. trachomatis* peut être utile pour le diagnostic d'une stérilité tubaire mais n'est pas utile pour le diagnostic d'une maladie aiguë. Il est recommandé de consulter un collègue avec expertise dans le domaine.

Prélèvement des échantillons

- L'échantillon doit inclure des cellules épithéliales, car *C. trachomatis* est une bactérie intracellulaire obligatoire. Les sécretions génitales peuvent ne pas contenir un grand nombre de ces cellules.

Sites de prélèvement habituels

- Col de l'utérus chez les adolescentes et les femmes adultes (voir page 55)
- Urètre chez les adolescents, les hommes adultes et les garçons impubères si un prélèvement d'urine n'est pas possible (voir page 54)
- Urine (10 à 15 premiers ml) chez les hommes et les femmes (voir page 54)
- Vagin/rectum chez les jeunes filles impubères (voir pages 57)

Autres sites

- Prélèvements biopsiques endometriaux ou tubaires pour des tests d'amplification des acides nucléiques (p. ex. "PCR ou LCR") chez les femmes qui doivent subir une laparoscopie pour investigation d'atteinte inflammatoire pelvienne.
- Prélèvements rectaux par écouvillonnage pour une culture et prélèvement urétraux à l'aide d'un écouvillon pour des tests s'il y a eu ablation du col de l'utérus.

- Écouvillonnage rectal pour une culture si l'on envisage la possibilité d'une rectite ou s'il y a eu pénétration anale.
- Recueil de produits de grattage de la conjonctive en cas d'infection oculaire (associé à l'usage d'un anesthésique topique).
- Prélèvements naso-pharyngés par aspiration chez les nourrissons de < 6 mois.
- Ponction des bubons dans le cas d'un lymphogranulome vénérien.

Note : Pour obtenir plus d'information sur le transport des échantillons, voir page 61.

Prise en considération d'autres MTS

- Voir *Approche clinique pour le diagnostic et la prise en charge des MTS*, page 41.
- En présence de certain facteurs de risque, il faut songer à faire des prélèvements pour le diagnostic d'une infection gonococcique.
- Des tests de détection du VIH et un counselling sont recommandés (voir page 203).
- Il est recommandé d'immuniser le patient contre l'hépatite B (voir page 136).
- En présence de certains facteurs de risque, il faut songer à faire un prélèvement de sang pour des épreuves sérologiques de détection de la syphilis (voir page 173).

Prise en charge

- L'évaluation devrait être adaptée aux symptômes et aux signes motivant la consultation (voir la section appropriée pour plus de détails).
- On devrait amorcer le traitement :
  - après avoir diagnostiqué un syndrome compatible d'une chlamydiose, sans attendre les résultats des tests spécifiques de détection de *C. trachomatis*
  - après avoir diagnostiqué un syndrome compatible avec la chlamydiose chez un partenaire, sans attendre les résultats des tests spécifiques de détection de *C. trachomatis*
  - si le résultat au test diagnostique est positif
  - après avoir diagnostiqué une infection à *N. gonorrhoeae*, sans attendre les résultats du test de détection de *C. trachomatis.*

Traitement

- **Un traitement sous observation directe comportant l'administration d'une dose unique est à conseiller pour garantir l'observance**.

Traitement – adolescents et adultes

Infection urétrale, endocervicale, rectale
(sauf dans le cas des femmes enceintes et des mères qui allaitent)

Atteinte inflammatoire pelvienne, voir page 89
Épididymite, voir page 114

Traitement de choix :

- azithromycine, 1 g *par voie orale* en dose unique[a]

Autre traitement :

- doxycycline, 100 mg *par voie orale* 2 fois par jour pendant 7 jours

Autres traitements :

- ofloxacine, 300 mg 2 fois par jour pendant 7 jours

OU

- érythromycine, 2 g/jour *par voie orale* en doses fractionnées pendant 7 jours[b]

OU

- érythromycine, 1 g/jour *par voie orale* en doses fractionnées pendant 14 jours[b]

Notes :
(a) Si vomissement plus d'une heure après l'administration, ne pas répéter la dose.
(b) Les doses d'érythromycine s'appliquent à l'érythromycine base. On peut les remplacer par des doses équivalentes d'autres formules (SAUF l'estolate, qui est contre-indiqué durant la grossesse). Si le patient a été traité à l'érythromycine, il est conseillé de répéter les tests à la fin du traitement.

Infection urétrale endocervicale, rectale chez les femmes enceintes et les mères qui allaitent

Traitement de choix :

- amoxicilline 500 mg *per os* 3 fois par jour pendant 7 jours

OU

- érythromycine 2 g/jour *per os* en doses fractionnées pendant 7 jours[a]

Autre traitement :

- azithromycine 1 g *per os* en dose unique[b]

Notes :
(a) Les doses d'érythromycine s'appliquent à l'érythromycine base. On peut les remplacer par des doses équivalentes d'autres formules (SAUF l'estolate, qui est contre-indiqué durant la grossesse). Si le patient a été traité à l'érythromycine ou à l'amoxicilline, il est conseillé de répéter les tests après le traitement.
(b) Pour le moment, les données concernant l'administration d'azithromycine durant la grossesse sont limitées, mais de nombreux experts jugent ce médicament sécuritaire dans ce contexte.

Traitement – nouveau-nés, nourrissons et enfants

- le traitement topique seul pour une conjonctivite n'est PAS adéquat.

	Enfants	
Nouveau-nés et nourrissons [a]	**Moins de 9 ans**	**9 ans et plus**
Durant la première semaine de vie : ■ **nourrissons < 2 000 g :** erythromycine 20 mg/kg/jour *par voie orale* en doses fractionnées [b] ■ **nourrissons > 2 000 g** érythromycine, 30 mg/kg/jour *par voie orale* en doses fractionnées[b] **> 1 semaine à 1 mois :** ■ érythromycine, 40 mg/kg/jour *par voie orale* en doses fractionnées[b] **Les schémas ci-dessus devraient être administrés pendant au moins 14 jours**	**Après 1 mois :** ■ azithromycine, 12-15 mg/kg (max. 1 g) *par voie orale* en dose unique OU ■ sulfaméthoxazole, 75 mg/kg/jour *par voie orale* en doses fractionnées (max. 1 g deux fois par jour) pendant 10 jours	**Traitement de choix :** ■ azithromycine, 12-15 mg/kg (max. 1 g) *par voie orale* en dose unique OU ■ doxycycline, 5 mg/kg/jour *par voie orale* en doses fractionnées (max. 100 mg deux fois par jour) pendant 7 jours **Autres traitements :** ■ érythromycine, 40 mg/kg/jour *par voie orale* en doses fractionnées (max. 500 mg 4 fois par jour pendant 7 jours ou 250 mg 4 fois par jour pendant 14 jours) [b] OU ■ sulfaméthoxazole, 75 mg/ kg/jour *par voie orale* en doses fractionnées (max. 1 g 2 fois par jour pendant 10 jours)

Notes :

(a) Les nouveau-nés et les nourrissons dont la mère est infectée doivent être soumis à des tests et traités.

(b) Les doses d'érythromycine s'appliquent à l'érythromycine base. On peut les remplacer par des doses équivalentes d'autres formules (SAUF l'estolate, qui est contre-indiqué pendant la grossesse). Si le patient a été traité à l'érythromycine, il est conseillé de répéter les tests à la fin du traitement.

Prévention

- Lorsqu'un patient consulte pour des problèmes associés aux MTS ou à la contraception, il faut saisir cette opportunité pour l'informer et l'encourager à toujours avoir des relations sexuelles protégées.
- Au moment du diagnostic de MTS, il faut réviser et évaluer les méthodes de prévention.
- Il convient de cerner les obstacles à la prévention et les moyens de les surmonter.
- Voir *Prévention primaire des MTS*, page 31.
- Il faut dispenser des conseils concernant la prévention des séquelles au niveau de l'appareil reproducteur.
- Les patients et les contacts devraient attendre que leurs traitements soient terminés (7 jours après l'administration d'une dose unique) avant d'avoir des relations sexuelles non protégées.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Les infections à *C. trachomatis* doivent être signalées par les laboratoires et les médecins aux autorités sanitaires locales dans toutes les provinces et les territoires.
- Il faut retracer, soumettre à une évaluation clinique et à un traitement approprié tous les partenaires qui ont eu des contacts sexuels avec le cas index au moins dans les 60 jours précédant le diagnostic, ainsi que les parents de nouveau-nés infectés et les personnes impliquées dans les cas d'abus sexuels.
- Les autorités sanitaires locales peuvent offrir de l'aide à la notification aux partenaires et à l'orientation de ces derniers pour qu'ils subissent une évaluation clinique, des tests, un traitement et reçoivent des services d'éducation sanitaire. Une priorité doit être accordée pour avertir les contacts de < 25 ans.

Considérations spéciales dans le cas des enfants

- Les nouveau-nés et les nourrissons dont la mère est infectée DOIVENT être dépistés et traités.
- Il faut envisager la possibilité d'un abus sexuel lorsqu'on détecte une infection génitale, rectale ou pharyngée à *Chlamydia* chez un enfant impubère, bien qu'une infection chlamydienne contractée durant la période périnatale puisse persister jusqu'à 3 ans chez le nourrisson. Dans de tels cas, il faut consulter un collègue avec expertise dans le domaine. Les frères et soeurs et les autres enfants à risque doivent être évalués.
- Tout abus sexuel à l'égard d'un enfant doit être signalé à l'organisme local de protection de l'enfance.
- Voir *Abus sexuels à l'égard des enfants*, page 233.
- Des cultures pour un contrôle microbiologique sont indiquées environ 4 semaines après la fin du traitement.

Suivi

- On ne répète habituellement pas le test de détection de *C. trachomatis* si le traitement recommandé est administré et suivi ET si les symptômes et signes disparaissent ET si le patient n'est pas réexposé à un partenaire non traité.
- Il est conseillé de répéter le test lorsqu'il est difficile de garantir l'observance du traitement ou si l'on prescrit un autre schéma thérapeutique et si le patient est un enfant ou une femme enceinte. Si l'on procède à des tests de contrôle, ceux-ci devraient être effectués de 3 à 4 semaines après la cessation d'un traitement efficace. Il est alors recommandé de faire des cultures ou de procéder à des tests d'amplification des acides nucléiques.
- Un échec thérapeutique apparent peut être dû à :
  - la non-observance du schéma posologique ou à l'abandon du traitement
  - une réexposition à un partenaire non traité
  - une infection contractée d'un nouveau partenaire
  - un résultat faussement positif.
- Dans le cas des patients qui présentent des symptômes persistants, il faut envisager également la possibilité d'une infection par d'autres pathogènes ou une cause d'origine non infectieuse.

INFECTIONS GONOCOCCIQUES

Étiologie

- Elles sont causées par *Neisseria gonorrhoeae.*
- *Chlamydia trachomatis* et d'autres pathogènes responsables de MTS sont souvent présents en même temps.

Épidémiologie

- En 1995 au Canada, 5 303 cas ont été signalés; la plupart étaient des hommes de 20 à 24 ans (incidence : 70,0/100 000 habitants) et des femmes de 15 à 19 ans (incidence : 87,8/100 000 habitants).
- Les taux d'infection gonococcique sont maintenant peu élevés. Pour lutter contre cette infection, il est donc essentiel d'effectuer une recherche des cas et d'aviser les partenaires. En effet il semble que des « réseaux de transmetteurs », constitués de personnes ayant des activités à risque élevé de transmission, jouent un rôle important dans le maintien du taux de prévalence actuel.
- **La proportion d'organismes résistants à la pénicilline dépasse 1 % dans la plupart des régions du Canada et peut atteindre 15 % ou plus dans certains milieux urbains et ruraux :**
  - le nombre d'isolats résistants aux tétracyclines ou à une association de pénicilline et de tétracycline ne cesse d'augmenter
  - la résistance à la quinolone est en hausse et, dans certaines régions, le taux est supérieur à 1 %
  - il importe de surveiller constamment la résistance aux antimicrobiens pour garantir des taux élevés de guérison de cette infection qui peut être traitée.
- Les groupes les plus touchés sont les femmes de 15 à 19 ans et les hommes de 20 à 24 ans.
- La période d'incubation est habituellement de 2 à 7 jours.
- Plus de 50 % des hommes et des femmes peuvent être des porteurs asymptomatiques de ces infections, qui sont le plus souvent localisées dans certaines parties du corps (p. ex. rectum et pharynx).
- Le plus souvent, les contacts sont asymptomatiques.
- Une infection chronique asymptomatique est possible.
- La présence d'une infection génitale peut faciliter la transmission au VIH.

Caractéristiques diagnostiques

Facteurs comportementaux

- Sujets ayant des contacts sexuels avec une personne porteuse d'une infection diagnostiquée ou d'un syndrome compatible.
- Personnes ayant des rapports sexuels non protégés avec un partenaire issu d'une région de forte endémicité (et où le taux de résistance risque d'être plus élevé).
- Voyageurs qui se rendent dans des pays où ces infections sont endémiques et qui ont des relations sexuelles non protégées avec des membres de la population locale (risque plus élevé de résistance).

- travailleurs de l'industrie du sexe.
- Jeunes actifs sexuellement de < 25 ans qui ont plusieurs partenaires.
- Jeunes de la rue.
- Hommes qui ont des relations sexuelles non protégées avec d'autres hommes.

Symptômes d'une infection génitale par N. gonorrhoeae

Femmes	Hommes	Nouveau-nés
■ écoulement vaginal ■ dysurie ■ saignements vaginaux anormaux ■ douleurs abdominales basses ■ dyspareunie profonde ■ douleurs et écoulement au niveau du rectum s'il s'agit d'une rectite (voir *Infections intestinales et entériques transmises sexuellement*, page 144).	■ écoulement urétral ■ dysurie ■ prurit urétral ■ douleurs épididymaires ■ douleurs et écoulement au niveau du rectum s'il s'agit d'une rectite (voir *Infections intestinales et entériques transmises sexuellement*, page 144).	■ conjonctivite ■ septicémie

Manifestations de la maladie

Nouveau-nés et nourrissons	Enfants	Adolescents et adultes
■ conjonctivite du nouveau-né ■ syndrome d'infection amniotique ■ infection gonococcique disséminée	■ urétrite ■ vaginite ■ conjonctivite ■ pharyngite ■ rectite ■ infection gonococcique disséminée	**Femmes :** ■ cervicite ■ atteinte inflammatoire pelvienne ■ urétrite ■ périhépatite ■ bartholinite **Hommes :** ■ urétrite ■ épididymite **Femmes et hommes :** ■ pharyngite ■ conjonctivite ■ rectite ■ infection gonococcique disséminée : arthrite, dermatite, endocardite, méningite

Principales séquelles

- Femmes :
  - atteinte inflammatoire pelvienne
  - infertilité
  - grossesse ectopique
  - douleurs pelviennes chroniques
  - syndrome de Reiter
- Hommes :
  - orchi-épididymite
  - syndrome de Reiter
  - infertilité (rare)

Diagnostic en laboratoire

- Les cultures effectuées moins de 48 heures après l'exposition peuvent être négatives.
- La culture est la méthode privilégiée et est particulièrement recommandée :
  - dans les cas d'abus sexuel à l'égard d'un enfant (prélèvement rectal, pharyngé, vaginal)
  - dans les cas d'agression sexuelle
  - en cas d'échec thérapeutique
  - pour l'évaluation de la cervicite et de l'AIP
  - lorsque l'infection a été contractée à l'étranger.
- Une étude de la sensibilité aux antimicrobiens est à conseiller pour tous les isolats et elle est **requise** pour tous les isolats provenant de cultures de contrôle positives (contrôle de guérison bactériologique) et en cas d'échec du traitement.
- Lorsqu'on ne peut éviter les délais dans le transport, des épreuves autre que la culture sont la solution idéale (voir *Diagnostic en laboratoire*, page 53).
- On peut songer à procéder à des tests d'amplification des acides nucléiques, mais il faut prendre des mesures pour poursuivre la surveillance de la résistance aux antimicrobiens, qui nécessite des cultures.
- Dans la mesure du possible, la culture est la méthode recommandée parce qu'elle permet d'étudier la sensibilité aux antimicrobiens. Sinon, on devrait effectuer les tests d'amplification des acides nucléiques en utilisant les 10 à 15 premiers ml d'urine (dernière miction datant d'au moins 2 heures).

Prélèvement des échantillons

Sites de prélèvements habituels

- Urètre chez les adolescents et les hommes adultes, avec ou sans écoulement au niveau du méat urétral (voir page 54).
  - garçons impubères (voir page 54).
- Col de l'utérus chez les adolescentes et les femmes adultes (voir page 55).

- Rectum chez les femmes et chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (voir page 57)
  - colonisation possible sans relations anales.
- Jeunes filles impubères (voir pages 56; 57).
- Pharynx si la personne a eu des contacts oro-génitaux (voir page 57).

Autres sites

- Rectum et urètre s'il y a eu ablation du col de l'utérus.
- Échantillons prélevés pour une culture chez les femmes qui doivent subir une laparoscopie pour une atteinte inflammatoire pelvienne.
- Urètre chez les femmes présentant un syndrome urétral.
- Sang et liquide articulaire (placés dans un flacon pour hémoculture) dans les affections généralisées.
- Liquide articulaire (synovial) pour une coloration de Gram.
- Prélèvement épididymaire par aspiration chez les hommes présentant une épididymite.
- Conjonctive pour une infection oculaire.
- Urine (10 à 15 premiers ml) pour un test d'amplification des acides nucléiques en l'absence de culture.

Note : Pour plus d'information sur le transport des échantillons, voir page 61.

Site / échantillon	Test	Commentaires
Urètre : (adolescents et hommes adultes)	■ coloration de Gram (pour les diplocoques intracellulaires)	■ diagnostic général de la gonococcie
	■ culture	■ confirmation et vérification de la sensibilité aux antimicrobiens ■ écouvillons à l'alginate de calcium ou Dacron^{MD} recommandés
	■ épreuve autre que la culture	■ seulement dans les cas où il n'est pas pratique de faire des cultures (n'indique pas la sensibilité aux antibiotiques)
Endocol / urètre : (adolescentes et femmes adultes)	■ coloration de Gram pour les diplocoques intracellulaires	■ sensibilité plus faible que dans le cas des échantillons d'écoulement urétral chez les hommes mais peut permettre le diagnostic de la gonococcie
	■ culture	■ confirmation et vérification de la sensibilité aux antimicrobiens ■ écouvillons à l'alginate de calcium ou Dacron^{MD} recommandés
	■ épreuves autre que la culture	■ seulement dans les cas où il n'est pas pratique de faire des cultures (n'indique pas la sensibilité aux antibiotiques)

Pharynx / conjonctive / rectum	■ culture (coloration de Gram et épreuves autres que la culture non indiquées pour ces sites)	■ confirmation et vérification de la sensibilité aux antibiotiques
Urine : (hommes et femmes)	■ test d'amplification des acides nucléiques (p. ex. "PCR, LCR")	■ en l'absence de culture ou si le transport de l'échantillon est retardé ■ si le patient est symptomatique ou ne répond pas au traitement, le deuxième test doit être une culture
Infection systémique	■ analyse des prélèvements génitaux ■ hémoculture ■ analyse des échantillons prélevés au niveau des lésions (coloration de Gram et culture) ■ analyse du liquide articulaire en cas d'arthrite	

Notes :

- Les échantillons devraient être prélevés pour le diagnostic d'une infection gonococcique et d'une chlamydiose (pour le type d'écouvillonnage recommandé pour la chlamydiose, voir page 64).
- La culture a l'avantage de permettre des études de sensibilité aux antimicrobiens.
- Si le patient est symptomatique ou ne répond pas au traitement, le deuxième test doit être une culture.

Transport

- Il faut communiquer avec le laboratoire pour obtenir des instructions précises concernant la méthode privilégiée de transport des échantillons afin d'assurer la survie des pathogènes qui doivent être mis en culture (voir *Diagnostic en laboratoire des infections gonococciques*, page 62).
- Durant le transport, les échantillons de gonocoques devraient être conservés à la température ambiante et NON à 4 °C tel que recommandé pour d'autres micro-organismes.

Prise en considération d'autres MTS

- Voir *Approche clinique pour le diagnostic et la prise en charge des MTS*, page 41.
- Il faut prélever un échantillon pour le diagnostic d'une chlamydiose.
- Des tests de détection du VIH et un counselling sont recommandés (voir page 203).
- Il est recommandé d'immuniser le patient contre l'hépatite B (voir page 136).
- Il faut songer à faire un prélèvement de sang pour des épreuves sérologiques de détection de la syphilis (voir page 173).

Prise en charge

- Elle est fonction du site de l'infection et des résultats de laboratoire.
- Le diagnostic d'une gonococcie devrait être confirmé par l'isolement de *N. gonorrhoeae* dans une culture ou par l'amplification des acides nucléiques (p. ex. "PCR, LCR") dans un échantillon d'urine en l'absence de culture. Tous les cas confirmés ou suspects DOIVENT être traités.

Résultats disponibles	
Coloration de Gram	■ traiter pour une infection gonococcique et chlamydienne si des diplocoques intracellulaires Gram négatif ont été mis en évidence ■ la présence de diplocoques Gram négatif à l'extérieur des leucocytes polynucléaires (PN) constitue un résultat équivoque qui doit être confirmé au moyen d'une culture; si le résultat est positif, traiter le patient ■ la présence de PN sans diplocoques n'indique pas ni n'exclut une infection gonococcique
Culture	■ traiter tous les patients qui ont obtenu des résultats positifs
Amplification des acides nucléiques (p. ex. PCR, LCR)	■ un résultat positif établit le diagnostic de gonococcie et le patient doit être traité

Résultats des frottis, des cultures ou des épreuves d'amplification des acides nucléiques non disponibles	
Écoulement urétral / cervical mucopurulent observé	■ traiter pour la gonococcie et une infection à *C. trachomatis*
Aucun écoulement urétral / cervical mucopurulent	■ attendre, avant de traiter, d'obtenir les résultats du frottis, de la culture ou de l'amplification des acides nucléiques OU ■ si l'on doute de pouvoir assurer le suivi et si les antécédents et les symptômes semblent indiquer une infection, traiter pour une gonococcie et une infection à *C. trachomatis.* ■ traiter pour une gonococcie et une infection à *C. trachomatis* si le partenaire obtient un résultat positif

Traitement

- Tous les patients traités pour une gonococcie devraient également être traités pour une chlamydiose.
- **Un traitement sous observation directe prévoyant l'administration d'une seule dose est souhaitable pour garantir l'observance.**

Adolescents et adultes

Infection urétrale, endocervicale, rectale, pharyngée (sauf dans le cas des femmes enceintes et des mères qui allaitent)

Atteinte inflammatoire pelvienne, voir page 89
Épididymite, voir page 114

Traitement de choix :

- céfixime, 400 mg *per os* en dose unique[(a)]

Traitement de remplacement (IM) :

- ceftriaxone, 125 mg IM en dose unique[(a) (b)]

Autres traitements :

- ciprofloxacine, 500 mg *per os* en dose unique[(c)]

OU

- ofloxacine, 400 mg *per os* en dose unique[(c)]

Tous ces schémas doivent être suivis d'un traitement empirique pour une infection chlamydienne et non gonococcique :

- azithromycine, 1 g *per os* en dose unique OU doxycycline, 100 mg *per os* 2 fois par jour pendant 7 jours (pour d'autres traitements, voir page 155).

Notes :

(a) On ne devrait pas administrer de céfixime ni de ceftriaxone aux personnes allergiques aux céphalosporines ou ayant déjà eu une réaction immédiate ou anaphylactique aux pénicillines.

(b) Le diluant recommandé pour la ceftriaxone par voie IM est la lidocaïne à 1% sans épinéphrine (0,9 ml/250 mg, 0,45 ml/125 mg) pour atténuer l'inconfort.

(c) La ciprofloxacine et l'ofloxacine ne devraient pas être administrées s'il est possible que l'infection ait été contractée en Asie du Sud-Est ou s'il existe un lien épidémiologique avec un cas de cette région. Si l'on utilise l'un ou l'autre de ces médicaments dans un tel cas, il est recommandé d'effectuer un test de contrôle bactériologique. Les deux médicaments sont contre-indiqués durant la grossesse.

Note : *per os* = par voie orale

Infection urétrale, endocervicale, rectale ou pharyngée chez les femmes enceintes et les mères qui allaitent

Traitement de choix :

- céfixime, 400 mg *per os* en dose unique

Autres traitements (IM) :

- ceftriaxone, 125 mg IM en dose unique[a]

OU

- spectinomycine, 2 g IM en dose unique[b]

Tous les schémas doivent être suivis d'un traitement empirique pour une infection chlamydienne et non gonococcique :

- amoxicilline, 500 mg *per os* 3 fois par jour pendant 7 jours OU érythromycine, 2 g/jour en doses fractionnées pendant au moins 7 jours

OU

- si le traitement n'est pas toléré on peut remplacer par de l'érythromycine, 1 g/jour en doses fractionnées pendant 14 jours (l'estolate d'érythromycine est contre-indiqué durant la grossesse) (pour un traitement de remplacement, voir page 155)

Notes :

(a) On ne devrait pas administrer de céfixime ni de ceftriaxone aux personnes allergiques aux céphalosporines ou ayant déjà eu une réaction immédiate ou anaphylactique aux pénicillines.

(b) Si l'on a recours à la spectinomycine, il est recommandé d'effectuer un test de contrôle bactériologique (guérison).

Conjonctivite gonococcique infection disséminée : Arthrite, méningite

- consultation d'un collègue expérimenté dans le domaine est essentielle
- HOSPITALISATION nécessaire pour la méningite et éventuellement nécessaire pour d'autres infections disséminées

Traitement initial de choix :

- ceftriaxone, 2 g/jour IV/IM PLUS doxycycline/azithromycine en attendant la consultation [a]

Note :

(a) Le diluant recommandé pour la ceftriaxone par voie IM est la lidocaïne à 1 % sans épinéphrine (0,9 ml/250 mg, 0,45 ml/125 mg) pour atténuer l'inconfort.

Traitement – Enfants de < 9 ans[a]

Infection urétrale, vaginale, rectale, pharyngée

Traitement de choix :

- céfixime, 8 mg/kg *per os* en dose unique (max. 400 mg)[b, c]

OU

- ceftriaxone, 125 mg IM en dose unique[c, d]

Autre traitement :

- spectinomycine, 40 mg/kg IM (max. 2 g) en dose unique

Tous les schémas doivent être suivis d'un traitement pour une chlamydiose :

- azithromycine, 10-15 mg/kg *per os* en dose unique (max. 1 g) OU érythromycine, 40 mg/kg/jour *per os* en doses fractionnées (max. 500 mg 4 fois par jour) pendant 7 jours[a]

Notes :

(a) Les doses d'érythromycine s'appliquent à l'érythromycine base. On peut les remplacer par des doses équivalentes d'autres formules.

(b) Les traitements par voie orale sont conseillés dans le cas des enfants. Les recommandations relatives à l'utilisation de la céfixime s'appuient sur des données démontrant l'efficacité de ce médicament dans le traitement des infections causées par des organismes similaires à *Neisseria gonorrhoeae*. Comme l'expérience acquise dans l'administration de la céfixime aux enfants atteints d'une infection gonococcique est plutôt limitée, il faut vérifier la sensibilité aux antimicrobiens ET effectuer une culture de contrôle. Si l'on ne peut assurer de suivi, il convient d'administrer de la ceftriaxone, 125 mg IM, au lieu de la céfixime.

(c) On ne devrait pas administrer de ceftriaxone ni de céfixime aux personnes allergiques aux céphalosporines ou ayant déjà eu une réaction immédiate ou anaphylactique aux pénicillines.

(d) Le diluant recommandé pour la ceftriaxone par voie IM est la lidocaïne à 1 % sans épinéphrine (0,9 ml/250 mg, 0,45 ml/125 mg) pour atténuer l'inconfort.

Infection disséminée :
arthrite, méningite, conjonctivite gonococcique passé la période néonatale

- HOSPITALISATION et consultation d'un collègue expérimenté dans le domaine sont essentielles

Traitement initial de choix :

- ceftriaxone, 50 à 100 mg/kg/jour IM ou IV PLUS azithromycine/érythromycine en attendant la consultation[a]

Note :

(a) Le diluant recommandé pour la ceftriaxone par voie IM est la lidocaïne à 1 % sans épinéphrine (0,9 ml/250 mg, 0,45 ml/125 mg) pour atténuer l'inconfort.

Conjonctivite du nouveau-né

- HOSPITALISATION et prise des mesures appropriées de lutte contre l'infection, qui prendront fin après 24 heures de traitement efficace
- Culture des sécrétions oculaires, hémoculture (LCR seulement s'il y a des signes de maladie systémique)
- Irrigation des yeux à l'aide d'un sérum physiologique stérile immédiatement et au moins toutes les heures, le temps qu'il faut pour contrôler l'écoulement
- Débuter le traitement à la ceftriaxone, 50 à 100 mg/kg/jour IV ou IM (l'administration d'une dose unique peut être suffisante si l'hémoculture est négative)
- Consultation le plus tôt possible d'un collègue expérimenté dans le domaine

Nouveau-nés dont la mère souffre de gonococcie

Traitement recommandé (doit également inclure un traitement contre une chlamydiose pendant 14 jours) :

- ceftriaxone, 125 mg IM en dose unique PLUS érythromycine conformément au schéma posologique suivant[a, b]

Si l'enfant est âgé < 7 jours et pèse < 2 000 g :

- érythromycine, 20 mg/kg/jour *per os* en doses fractionnées

Si l'enfant est âgé < 7 jours et pèse > 2 000 g :

- érythromycine, 30 mg/kg/jour *per os* en doses fractionnées

Si l'enfant est âgé > 7 jours :

- érythromycine, 40 mg/kg/jour *per os* en doses fractionnées

Notes :

(a) Le diluant recommandé pour la ceftriaxone par voie IM est la lidocaïne à 1 % sans épinéphrine (0,9 ml/250 mg, 0,45 ml/125 mg) pour atténuer l'inconfort.

(b) Les doses d'érythromycine s'appliquent à l'érythromycine base. On peut les remplacer par des doses équivalentes d'autres formules.

Prévention

- Lorsqu'un patient se présente pour des problèmes associés aux MTS ou à la contraception, il faut saisir cette opportunité pour l'informer et l'encourager à toujours avoir des relations sexuelles protégées.
- Au moment du diagnostic de MTS, il faut réviser et évaluer les méthodes de prévention.
- Il convient de cerner les obstacles à la prévention et les moyens de les surmonter.
- Voir *Prévention primaire des MTS*, page 31.
- Il faut dispenser des conseils concernant la prévention des séquelles au niveau de l'appareil reproducteur.
- Les patients et les contacts devraient attendre que leurs traitements soient terminés (si c'est un traitement de 7 jours ou 7 jours après la prise d'une dose unique) avant d'avoir des relations sexuelles non protégées.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Comme l'épidémiologie de l'infection à *N. gonorrhoeae* ne cesse de changer et que les taux d'infection sont peu élevés, il devient essentiel de rechercher les cas et d'aviser les partenaires si l'on veut poursuivre la lutte contre les infections gonococciques au Canada.
- Les infections gonococciques sont des maladies à déclaration obligatoire dans toutes les provinces et les territoires.
- Les résultats positifs des cultures et des tests sans culture doivent être communiqués aux autorités sanitaires locales.
- Tous les partenaires qui ont eu des relations sexuelles avec le cas index au moins dans les 60 jours précédant l'apparition des symptômes, ainsi que les parents de nouveau-nés infectés (la mère et son partenaire sexuel) et les personnes impliquées dans les cas d'abus sexuel doivent être retracés, soumis à une évaluation clinique et subir le même traitement que le cas index. Les personnes traitées pour une infection gonococcique devraient également être traitées pour une chlamydiose.
- Les autorités sanitaires locales peuvent offrir de l'aide à la notification aux partenaires et à l'orientation de ces derniers pour qu'ils subissent une évaluation clinique, des tests, un traitement et reçoivent des services d'éducation sanitaire. Une priorité doit être accordée pour avertir les contacts de moins de 25 ans.

Considérations spéciales dans le cas des enfants

- Les nouveau-nés et les nourrissons dont la mère est infectée DOIVENT subir des tests et être traités.
- Il y a lieu de soupçonner un abus sexuel si l'on diagnostique une infection génitale, rectale ou pharyngée due à *N. gonorrhoeae* chez un enfant après la période néonatale. On doit consulter un collègue expérimenté dans de tels cas. Il faut également évaluer les frères et soeurs et les autres enfants qui peuvent être à risque.
- Tout abus sexuel commis à l'endroit d'un enfant doit être signalé à l'organisme local de protection de l'enfance.
- Les autorités sanitaires locales peuvent apporter une aide pour l'évaluation de la source de l'infection et de sa propagation. Voir *Abus sexuels à l'égard des enfants*, page 233.
- Il convient d'effectuer des cultures de contrôle pour voir si le patient est guéri environ 4 à 5 jours après la fin du traitement. On devrait notamment refaire des cultures pour tous les sites où les prélèvements étaient positifs.

Suivi

- On ne répète pas habituellement le test diagnostique pour *N. gonorrhoeae* si le traitement recommandé est administré et observé ET si les symptômes et signes disparaissent ET si le patient n'est pas réexposé à un partenaire non traité.

Il FAUT effectuer des tests de contrôle au moyen d'une culture si :

- antécédent d'échec au traitement
- une résistance au traitement antimicrobien a été documentée
- l'observance du traitement est mise en doute
- diagnostic d'une infection pharyngée ou rectale à *N. gonorrhoeae*
- le patient est réexposé à un partenaire non traité
- on se demande si le résultat au test sans culture ne serait pas faussement positif
- l'infection a été contractée durant la grossesse
- une AIP ou une infection gonococcique disséminée à été diagnostiquée
- le patient est un enfant et l'on craint une exposition persistante.

SYPHILIS

Étiologie

- Elle est causée par *Treponema pallidum.*

Épidémiologie

- En 1995, 581 cas ont été signalés au Canada (incidence de la syphilis primaire, secondaire ou latente précoce : 0,5 pour 100 000 habitants)
  - 145 cas de syphilis primaire, secondaire ou latente précoce
  - 2 cas de syphilis congénitale
  - 434 cas de syphilis « d'autres types ».
- Les taux d'incidence les plus élevés sont observés chez les hommes de 20 à 24 ans (1,4 pour 100 000 habitants).
- Les hommes et les femmes atteints d'une syphilis primaire et secondaire ou d'une autre forme d'ulcération génitale risquent davantage de contracter et de transmettre l'infection au VIH.
- Une syphilis devrait être envisagée chez les personnes qui ont eu des rapports sexuels dans des régions de forte endémicité (p. ex. chez les personnes qui ont voyagé en Asie du Sud-Est, en Europe de l'Est, etc.)
- Bien que rare, la syphilis congénitale est une infection grave et elle peut laisser des séquelles débilitantes.

Caractéristiques diagnostiques

Facteurs comportementaux

- Avoir eu un contact avec un cas connu de syphilis.
- Venir d'une région où la syphilis est endémique ou avoir eu des relations sexuelles avec une personne d'une telle région.
- Travailler dans l'industrie du sexe.
- Être une personne qui vit dans la rue.

Signes et symptômes

- Présence ou antécédents de lésions ou d'éruptions (voir la section « *Manifestations de la maladie* », page 172).
- Antécédents de lésion génitale ou MTS.

Considérations spéciales dans le cas des femmes enceintes

- Le dépistage universel chez les femmes enceintes est demeuré la norme dans la plupart des provinces et territoires.
- Il y a divergence d'opinions quant à l'utilité de poursuivre ce dépistage là où les taux de syphilis sont très faibles.

- Au nombre des femmes enceintes qui risquent davantage de contracter la syphilis figurent :
  - les jeunes de moins de 25 ans
  - les travailleuses de l'industrie du sexe
  - les femmes provenant de régions où la syphilis est endémique
  - les utilisatrices de drogues injectables
  - les jeunes de la rue
- Il faudrait veiller tout particulièrement à faire subir des tests de dépistage aux femmes à risque au début de la grossesse. S'il n'y a pas eu de consultation prénatale, il faut faire subir ces tests au moment de l'accouchement. Les nouveau-nés ne devraient pas quitter l'hôpital avant que les résultats des tests soient connus, dans les cas où l'on ignore quels soins prénatals ont été reçus.

Manifestations de la maladie

Stade	Période d'incubation	Manifestations / commentaires (infection peut être asymptomatique)
Primaire	de 10 à 90 jours	■ chancre induré, indolore (habituellement génital) ■ adénopathie régionale indolore
Secondaire	de 4 à 10 semaines après le stade primaire	■ éruption maculopapuleuse non prurigineuse (tronc, paumes, plantes des pieds) ■ adénopathie généralisée indolore ■ condylomes plats, érosion des muqueuses, fièvre, malaise
Latente – asymptomatique		■ précoce : < 1 an, 25 % des cas évoluent vers le stade secondaire ■ tardive : > 1 an
Tertiaire	de 10 à 30 ans	■ lésions gommeuses au niveau de la peau, des os, des tissus sous-cutanés ■ atteinte cardio-vasculaire – anévrisme de l'aorte, régurgitation aortique ■ neurosyphilis
Congénitale	■ risque de transmission de l'ordre de 50 % lorsque la mère est atteinte d'une syphilis primaire, secondaire ou latente précoce non traitée ■ peut être asymptomatique dans les 2 / 3 des cas ■ petit poids à la naissance, rhinite, hépato-splénomégalie, éruption cutanée, anémie, dystrophie métaphysaire ■ mortinaissance ■ syphilis précoce possible dans les 2 premières années de vie ou manifestations pouvant apparaître plus tard (p. ex. kératite interstitielle)	

Diagnostic en laboratoire

- Il est souvent difficile d'interpréter les résultats des épreuves sérologiques. Il est bon de consulter un collègue expérimenté dans ce domaine.

- L'âge du patient, sa situation clinique, l'histoire de la maladie, le traitement déjà reçu et les résultats sérologiques antérieurs sont des éléments très importants de l'évaluation (p. ex., lorsque le titre au test VDRL est de 1:8 et que le résultat au MHA-TP est positif, aucun suivi n'est peut-être nécessaire si la personne a été convenablement traitée et que le titre obtenu auparavant au VDRL était > 1:32).

- Dans le cas des personnes âgées, il est peu utile d'effectuer une ponction lombaire ou de traiter une personne très âgée qui a obtenu des résultats positifs à la sérologie, à moins que l'on ne soupçonne une syphilis infectieuse ou tertiaire. Il n'est pas recommandé de procéder à un dépistage systématique dans ce groupe au moment de l'admission dans des centres de soins prolongés.

Interprétation des résultats des épreuves sérologiques :

Réaction non tréponémique : VDRL, RPR, ART, TRUST, RST, EIA	Réaction tréponémique : TP-PA, MHA-TP, FTA-ABS	Raison possible
+	+	■ syphilis récente ou antérieure ■ pian ou pinta
+	–	■ pas de syphilis (faux positif) ■ résultat rarement observé dans les cas de syphilis très précoce
–	+	■ syphilis probable (primaire ou latente, déjà traité ou non traité) ■ pian, pinta ou maladie de Lyme
–	–	■ pas de syphilis ni de maladie en phase d'incubation

Prélèvement des échantillons

Réaction d'immunofluorescence directe ou indirecte (IFD/IFI) ou examen au microscope à fond noir

- Voir la page 72.
- Ces tests permettent de visualiser *T. pallidum*.
- Ils sont utiles pour l'examen des chancres de la syphilis primaire, des condylomes plats et des plaques muqueuses de la syphilis secondaire.
- Ils sont utiles pour l'examen des sécrétions nasales chez les nouveau-nés atteints de rhinite.
- Ces tests ne sont pas fiables pour les lésions buccales ou rectales.

Sérologie

- Les réactions non tréponémiques telles que VDRL, RPR, ART, RST, EIA et TRUST se positivent de 1 à 4 semaines après l'apparition du chancre primaire, 6 semaines après l'exposition.
- Les réactions tréponémiques spécifiques telles que l'agglutination de *T. pallidum* (TP-PA), MHA-TP et FTA-ABS deviennent habituellement positives avant le RPR (voir « *Diagnostic en laboratoire de la syphilis* », page 72).

Liquide céphalo-rachidien (LCR)

- Une numération cellulaire, un dosage des protéines et une réaction du VDRL (test approprié de détection de la syphilis dans le LCR) seront effectués.
- On examinera le LCR dans les cas suivants :
  - syphilis congénitale
  - syphilis tertiaire
  - présence de signes et symptômes neurologiques
  - syphilis latente lorsque le titre au RPR est > 1:16
  - patients déjà traités chez lesquels on n'a pas observé de résultats satisfaisants à l'examen sérologique
  - **personnes infectées par le VIH : une ponction lombaire (PL) est fortement recommandée en présence d'une symptomatologie neurologique, en cas de syphilis latente ou lorsque la syphilis a été traitée sans diminution concomitante du titre au VDRL ou au RPR. Certains experts recommandent une PL dans tous les cas.**
  - **PL à envisager chez d'autres patients, selon le cas.**

Prise en considération d'autres MTS

- Voir *Approche clinique pour le diagnostic et la prise en charge des MTS*, page 41.
- Il faut obtenir un ou des échantillons pour le diagnostic de la chlamydiose et des infections gonococciques.

- Il est recommandé de faire subir au patient des tests de détection du VIH et de l'immuniser contre l'hépatite B (voir la page 136).

Prise en charge

Syphilis primaire et secondaire

- On procédera à des tests sérologiques non tréponémiques (p. ex. RPR) et à des tests tréponémiques spécifiques (TP-PA/MHA ± FTA).
- De plus, on essaiera par tous les moyens d'obtenir un examen au microscope à fond noir OU une réaction d'immunofluorescence directe ou indirecte, et l'on interprétera les résultats de la façon suivante :

Résultats positifs	■ traiter
Résultats négatifs	■ effectuer un contrôle en double et, si les résultats sont positifs, traiter ■ si les résultats sont toujours négatifs et que l'on peut assurer un suivi, attendre les résultats de la sérologie ■ s'il est impossible d'effectuer un examen au microscope à fond noir ou d'assurer un suivi lorsque les résultats sont négatifs, traiter

- Il faut effectuer une culture à partir du virus *Herpes simplex* (VHS) du produit d'écouvillonnage d'un ulcère.

Syphilis latente

- On procédera à des tests sérologiques non tréponémiques (p. ex. RPR) et à des tests tréponémiques spécifiques (TP-PA/MHA ± FTA). Des résultats négatifs à une réaction non tréponémique n'excluent PAS la possibilité d'une syphilis latente.
- Il faut exclure la possibilité d'une maladie tertiaire au moyen d'un examen physique et d'une radiographie thoracique.
- Une ponction lombaire est à envisager.
- Il faut traiter en fonction du stade.

Syphilis tertiaire

- On procédera à des tests sérologiques non tréponémiques (p. ex. RPR) et tréponémiques (TP-PA/MHA ± FTA). Des résultats négatifs à un test non tréponémique n'excluent PAS la possibilité d'une syphilis tertiaire.
- On examinera le LCR (VDRL, numération cellulaire, dosage des protéines)
  - si les résultats sont négatifs, traiter pour une syphilis latente tardive
  - si les résultats sont positifs, traiter pour une neurosyphilis.

- Assez tôt et souvent après un traitement antérieur, les patients infectés par le VIH peuvent présenter une neurosyphilis, qui s'accompagne fréquemment de signes et de symptômes atypiques, tels que des accidents cérébro-vasculaires, des anomalies des nerfs crâniens et une uvéite.

Syphilis congénitale

- Il convient de prélever un échantillon de sang veineux chez la mère et l'enfant en vue d'effectuer un test sérologique non tréponémique (p. ex. RPR) et un test tréponémique spécifique (p. ex. TP-PA)
  - les échantillons de sang du cordon ne conviennent pas pour les examens sérologiques et il faut donc obtenir un échantillon de sang veineux de l'enfant et de la mère
  - l'interprétation des résultats sérologiques de l'enfant dépendra des traitements reçus par sa mère durant la grossesse, de la réponse à ces traitements et de l'âge de l'enfant.
- On examinera le placenta à l'aide d'un microscope à fond noir ou d'une réaction d'immunofluorescence directe.
- En présence de lésions cutanées ou d'une rhinite, on prélèvera des échantillons pour un examen au microscope à fond noir ou une réaction d'immunofluorescence directe.
- On examinera le LCR (VDRL, numération cellulaire, dosage des protéines) :
  - Il est difficile d'interpréter les résultats durant les premières semaines de vie des nourrissons dont la mère est syphilitique, en raison du nombre normalement élevé de cellules et de protéines dans le LCR et du risque de résultat faussement positif à l'examen du LCR au moyen du test VDRL chez les nourrissons qui présentent des titres élevés d'anticorps passifs. Un résultat normal à l'examen du LCR n'exclut pas la possibilité d'une neurosyphilis chez le nourrisson, mais il est utile comme point de comparaison lors du suivi.
- On prendra une radiographie des os longs.
- Il faut traiter (voir page 178).

Note : Les tests sérologiques non tréponémiques comme les tests tréponémiques spécifiques sont des méthodes fiables de détection de la syphilis chez les patients simultanément infectés par le VIH.

Traitement

Stade	Traitements de choix	Autres traitements pour les patients allergiques à la pénicilline[a]
Syphilis primaire, secondaire, latente datant < 1 an	**Pour les adolescents et les adultes :** ■ benzathine pénicilline G, 2,4 millions U, IM en une seule séance	**Pour les adolescents et les adultes :** ■ doxycycline, 100 mg *per os* 2 fois par jour pendant 14 jours
	Pour les enfants (syphilis non congénitale) : ■ benzathine pénicilline G, 50 000 U/kg IM (jusqu'à concurrence de 2,4 millions U) en une seule séance	**Pour les enfants < 9 ans et les femmes enceintes :** **Traitement de choix :** ■ désensibilisation et traitement à la pénicilline (voir page 178) **Autre traitement :** ■ érythromycine, 40 mg/kg/jour *per os* en doses fractionnées (max. 500 mg par dose) pendant 14 jours [b]
Syphilis latente datant > 1 an, y compris syphilis cardio-vasculaire	■ benzathine pénicilline G, 2,4 millions U, IM par semaine pendant 3 semaines consécutives	■ même traitement que ci-dessus, sauf qu'il devrait être administré pendant 28 jours
Neurosyphilis	■ pénicilline G cristalline, de 3 à 4 millions U, IV toutes les 4 heures (de 16 à 24 millions U par jour) pendant 10 à 14 jours	

Notes :

(a) Il faut suivre de près les patients allergiques à la pénicilline qui sont traités à la doxycycline ou à l'érythromycine, afin de vérifier l'efficacité du traitement.

(b) Les doses d'érythromycine recommandées s'appliquent à l'érythromycine base. On pourra les remplacer par des doses équivalentes d'autres formules (SAUF l'estolate, qui est contre-indiqué durant la grossesse).

Syphilis congénitale[a]	
Stade	**Traitement de choix**
Précoce datant < 1 an	■ pénicilline G cristalline, 50 000 U/kg IV toutes les 12 heures pendant la première semaine de vie, toutes les 8 heures par la suite, pendant 10 jours en tout
Tardive d'une durée > 1 an	**LCR anormal ou atteinte neurologique** ■ pénicilline G cristalline, 200 000 U/kg/jour IV toutes les 6 heures pendant 10 à 14 jours **LCR normal et aucune atteinte neurologique** ■ pénicilline G cristalline, 200 000 U/kg/jour IV toutes les 6 heures pendant 10 à 14 jours OU ■ benzathine pénicilline G, 50 000 U/kg IM (max. 2,4 millions U) par semaine pendant 3 semaines consécutives

Note :
(a) Les nourrissons asymptomatiques dont les résultats sont négatifs aux épreuves de laboratoire et dont la mère a été traitée à l'aide d'un médicament autre que la pénicilline devraient recevoir de la benzathine pénicilline G, à raison de 50 000 U/kg IM en une seule dose, si un suivi ne peut être assuré.

Désensibilisation à la pénicilline

- Les patients qui obtiennent des résultats positifs à un test cutané à l'égard d'un des déterminants de la pénicilline peuvent être désensibilisés.
- La technique employée est simple et relativement sûre, et elle peut être appliquée par voie orale ou intraveineuse. La désensibilisation par voie orale semble plus sûre, plus simple et plus facile à réaliser.
- La désensibilisation devrait se faire en milieu hospitalier, étant donné que des réactions allergiques graves à médiation IgE sont possibles, quoique peu probables. La désensibilisation peut habituellement se faire en 4 heures environ, après quoi on peut administrer la première dose de pénicilline.
- Les programmes de lutte contre les MTS devraient avoir accès à un centre où les patients qui obtiennent des résultats positifs à un test cutané peuvent être désensibilisés. Après la désensibilisation, les patients doivent continuer de prendre de la pénicilline pendant toute la durée du traitement.

Protocole de désensibilisation par voie orale des patients dont les résultats sont positifs à un test cutané

Dose de la suspension de pénicilline V[a]	Quantités[b] Unités / ml	ml	Unités	Dose cumulative (unités)
1	1 000	0,1	100	100
2	1 000	0,2	200	300
3	1 000	0,4	400	700
4	1 000	0,8	800	1 500
5	1 000	1,6	1 600	3 100
6	1 000	3,2	3 200	6 300
7	1 000	6,4	6 400	12 700
8	10 000	1,2	12 000	24 700
9	10 000	2,4	24 000	48 700
10	10 000	4,8	48 000	96 700
11	80 000	1,0	80 000	176 000
12	80 000	2,0	160 000	336 700
13	80 000	4,0	320 000	656 700
14	80 000	8,0	640 000	1 296 700

Notes :

(a) Intervalle entre les doses : 15 minutes; temps écoulé : 3 heures et 45 minutes; dose cumulative : 1,3 million d'unités.

(b) La quantité précise du médicament a été diluée dans environ 30 ml d'eau, puis administrée par voie orale.

Considérations spéciales

Infection par le VIH

- LES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH PEUVENT AVOIR BESOIN D'UN TRAITEMENT PLUS LONG ET/OU DE DOSES PLUS ÉLEVÉES, AINSI QUE D'UN SUIVI PLUS ÉTROIT.
- La plupart des experts suggèrent d'administrer aux personnes infectées par le VIH et atteintes de syphilis précoce de la benzathine pénicilline G, à raison de 2,4 millions U IM par semaine, pendant 3 semaines consécutives.

Femmes enceintes

- Toutes les femmes n'ayant pas déjà été traitées devraient recevoir des doses de pénicilline adaptées au stade de leur maladie.
- Il n'est pas nécessaire de répéter le traitement durant la grossesse, à moins qu'il n'y ait des signes cliniques ou sérologiques de réinfection (multiplication par 4 du titre au test non tréponémique) ou que la patiente n'ait eu des contacts sexuels récents avec une personne atteinte de syphilis précoce.
- On devrait administrer de l'érythromycine uniquement si la patiente est allergique à la pénicilline et qu'il est impossible d'effectuer un test allergologique cutané et une désensibilisation. Si l'on opte pour l'érythromycine, le nourrisson devrait être pris en charge dès la naissance comme si sa mère n'avait pas été traitée.
- Il faudrait conseiller aux femmes enceintes qui reçoivent un traitement de consulter un médecin si elles décèlent quelque diminution des mouvements du foetus; il n'est pas nécessaire de les hospitaliser systématiquement.

Syphilis congénitale

- Si la mère syphilitique n'a pas été traitée durant la grossesse, le nouveau-né risque de présenter une syphilis congénitale.
- Les bébés infectés sont souvent asymptomatiques à la naissance et ils peuvent être séronégatifs si la mère a été infectée vers la fin de sa grossesse.
- Les bébés devraient être traités à la naissance :
  - s'ils sont symptomatiques
  - si leur titre à un test non tréponémique est 4 fois (2 tubes) supérieur à celui de leur mère
  - si le traitement de la mère a été inadéquat, n'incluait pas de pénicilline, demeure inconnu ou a été administré au cours du dernier mois de la grossesse, ou si la réponse sérologique de la mère est inadéquate

    OU
  - si un suivi adéquat du nourrisson ne peut être assuré.

Réaction de Jarisch-Herxheimer

- Une réaction fébrile peut survenir dans les 8 à 12 heures suivant le traitement anti-syphilitique, le plus souvent dans le cas d'une syphilis précoce.
- Cette réaction s'accompagne souvent d'un malaise et n'a rien à voir avec une allergie médicamenteuse.
- Elle dure habituellement quelques heures et peut être traitée au moyen d'antipyrétiques.

Prévention

- Les résultats des tests durant la grossesse et à l'accouchement doivent être communiqués à la personne qui soigne l'enfant.
- Lorsqu'un patient consulte pour des problèmes liés aux MTS ou à la contraception, il faut saisir cette importante occasion pour l'informer et l'encourager à toujours avoir des relations sexuelles protégées.
- Au moment du diagnostic d'une MTS, il faut passer en revue et surveiller les méthodes de prévention.
- Il convient de cerner les obstacles à la prévention et les moyens de les surmonter.
- Voir *Prévention primaire des MTS*, page 31.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- La syphilis est une maladie à déclaration obligatoire dans toutes les provinces et les territoires. Tous les cas cliniques et les résultats positifs aux examens de laboratoire doivent être signalés aux autorités sanitaires locales.
- Il faut retracer et soumettre à des tests appropriés tous les partenaires qui ont eu des relations sexuelles avec le cas index durant les périodes indiquées ci-dessous :

Syphilis primaire	■ au cours des 3 mois précédant l'apparition des symptômes
Syphilis secondaire	■ au cours des 6 mois précédant l'apparition des symptômes
Syphilis latente précoce	■ au cours de l'année précédant le diagnostic
Syphilis latente tardive	■ examiner le conjoint ou les partenaires de longue date ainsi que les enfants, s'il y a lieu
Syphilis congénitale	■ examiner la mère et son (ses) partenaire(s) sexuel(s)
Stade indéterminé	■ se montrer prudent ou consulter un collègue expérimenté dans le domaine

- Tous les partenaires sexuels actuels, les parents de nouveau-nés infectés, ainsi que les personnes impliquées dans des cas d'agression ou d'abus sexuel doivent être retracés, soumis à une évaluation clinique et sérologique, et traités avec les antibiotiques indiqués pour le stade de l'infection.
- Il faut essayer par tous les moyens de déterminer le stade d'évolution de la maladie avant d'amorcer le traitement, vu que le stade constitue un critère crucial pour la sélection du schéma thérapeutique et le suivi.

- Si la personne a été exposée à une syphilis précoce au cours des 90 jours précédents, on devrait supposer qu'elle est infectée et la traiter en conséquence.
- Si la personne a été exposée > 90 jours auparavant et que les résultats sérologiques sont disponibles, il convient de fonder le traitement sur ces résultats.
- Les autorités sanitaires locales peuvent contribuer à la notification aux partenaires et à l'orientation de ces derniers, pour qu'ils subissent une évaluation clinique, des tests, un traitement et reçoivent des services d'éducation sanitaire.

Suivi

- Il convient d'effectuer un contrôle sérologique (test non tréponémique [p. ex. RPR] et test tréponémique spécifique [p. ex. TP-PA]) jusqu'à l'obtention d'une réponse satisfaisante, en suivant le calendrier ci-dessous :

Syphilis primaire, secondaire, latente précoce, congénitale	■ 1, 3, 6, 12 et 24 mois après le traitement
Syphilis latente tardive, tertiaire	■ 12 et 24 mois après le traitement
Neurosyphilis	■ 6, 12 et 24 mois après le traitement
Co-infection par le VIH	■ 1, 3, 6, 12 et 24 mois après le traitement et chaque année par la suite

- Résultats satisfaisants au contrôle sérologique :

Syphilis primaire	■ baisse de 2 dilutions après 6 mois; baisse de 3 dilutions après 12 mois; baisse de 4 dilutions après 24 mois (p. ex. une modification du titre de 1:32 à 1:8 représente une baisse de 2 dilutions)
Syphilis secondaire	■ baisse de 3 dilutions et de 4 dilutions après 6 et 12 mois
Syphilis latente précoce	■ baisse de 2 dilutions après 12 mois

- On observera après 2 à 3 ans une baisse régulière du titre obtenu aux tests non tréponémiques, allant jusqu'à une négativation ou stabilisation à un faible niveau chez une forte proportion des patients souffrant de syphilis primaire, qui peut atteindre 60 à 75 %.
- Un résultat « satisfaisant » à l'examen sérologique ne signifie pas nécessairement que le patient est guéri, si les titres étaient au départ très élevés (> 1:512).
- Si le titre obtenu à un test non tréponémique se multiplie par 4 après le traitement, sans qu'il y ait eu réinfection, on devrait réévaluer le patient et effectuer une ponction lombaire (voir les indications concernant la PL, page 174).
- Si le titre initial non tréponémique était bas ou absent, une augmentation du titre après traitement peut indiquer un échec du traitement et un besoin d'unvestigations additionnelles.

- SI LES PREMIERS EXAMENS DU LCR SONT ANORMAUX, on devrait les répéter après le traitement. Les calendriers peuvent varier selon le tableau clinique initial. Il est recommandé d'en discuter avec un collègue ayant une expertise dans le domaine.
  - un nouveau traitement peut s'imposer si la réaction n'est pas satisfaisante
  - dans le cas de la syphilis congénitale, il faut répéter la PL après six mois ou moins, selon le résultat de l'examen du LCR à l'accouchement et les résultats sérologiques subséquents.
- En cas d'échec thérapeutique, il faut discuter des options thérapeutiques avec un collègue ayant de l'expertise dans le domaine.

Note : Les nourrissons asymptomatiques dont la mère a reçu un traitement adéquat à la pénicilline avant le troisième trimestre ou plus d'un mois avant l'accouchement risquent peu de contracter une syphilis congénitale, MAIS ils devraient être examinés soigneusement et faire l'objet d'un suivi sérologique jusqu'à négativation des résultats obtenus aux tests non tréponémiques et tréponémiques. Si les résultats des tests tréponémiques demeurent positifs après un an, c'est que l'enfant souffre vraisemblablement d'une syphilis congénitale; un traitement approprié devrait lui être administré (voir également *Syphilis congénitale*, pages 176 et 178).

INFECTIONS GÉNITALES À VIRUS *HERPES SIMPLEX* (VHS)

Étiologie

- Elles sont causées par le virus *Herpes simplex* (VHS) de type 1 ou 2.

Épidémiologie

- Les infections génitales peuvent être causées par le VHS de type 1 ou 2 (le VHS-2 est plus courant que le VHS-1).
- Les infections récurrentes à VHS-2 sont très fréquentes (98 % des patients).
- Les personnes atteintes demeurent infectées toute leur vie et elles sont pour la plupart asymptomatiques.
- L'infection se transmet par voie génitale-génitale, orale-génitale, orale ou génitale-anale.
- Les cas d'auto-inoculation (auto-infection) à partir d'un site d' infection oro-labiale antérieure à VHS-1 sont rares.
- L'excrétion et la transmission asymptomatiques du virus sont fréquentes (encore davantage dans le cas du VHS-2).

Histoire naturelle

- Les primo-infections sont souvent asymptomatiques.
- La période habituelle d'incubation des primo-infections symptomatiques varie entre 2 et 21 jours.
- Les infections récurrentes se retrouvent habituellement sur le territoire des dermatomes S2 ou S3.
- Les récurrences asymptomatiques, atypiques, minimalement symptomatiques et symptomatiques sont plus fréquentes que les manifestations typiques.

Caractéristiques diagnostiques

Premier épisode symptomatique

Primo-infection

- Il s'agit du premier épisode avec signes cliniques chez un patient **séronégatif pour le VHS**.
- On observe une éruption vésiculeuse et ulcérative aux points d'inoculation du virus ou à proximité.
- La période d'incubation d'une primo-infection symptomatique varie habituellement entre 2 et 21 jours. L'infection est localisée au niveau des organes génitaux externes, du pubis, du périnée et des régions périanales, ainsi qu'au niveau du col de l'utérus, de l'anus ou de l'urètre (chez les hommes et les femmes), suivant le type de contact.

- Une adénopathie inguinale douloureuse est fréquente.
- Les problèmes urinaires, y compris les retards à l'initiation de la miction ou une dysurie externe, sont fréquents chez les hommes et les femmes et ils peuvent durer longtemps.
- De 40 à 70 % des primo-infections systémiques s'accompagnent de symptômes généraux (p. ex. fièvre ou myalgie).
- Une méningite amicrobienne bénigne est observée dans 10 à 30 % des cas de primo-infection symptomatique.

Infection non primaire

- Il s'agit du premier épisode avec signes cliniques chez un patient **séropositif pour le VHS.**
- La durée est habituellement moins longue, et il est rare que les symptômes intéressent l'organisme entier.
- On peut observer une éruption vésiculeuse et ulcérative unilatérale ou bilatérale (chez les femmes) s'apparentant plutôt à une infection récurrente symptomatique.

Infection récurrente

- La plupart des patients qui ont eu un premier épisode symptomatique sont en infection récidivante ayant eu une infection sub-clinique.
- La période de latence peut occasionnellement être de plusieurs années chez certains patients.

Infection récurrente symptomatique

- Elle est due à une réactivation du virus latent.
- Les symptômes sont moins graves et durent moins longtemps que dans le cas d'une primo-infection symptomatique.
- Les manifestations de l'infection se limitent généralement aux organes génitaux externes et sont unilatérales.

Excrétion asymptomatique du VHS

- Elle est observée chez des personnes qui ont et n'ont pas d'épisodes symptomatiques.
- Elle s'effectue à plusieurs endroits au niveau des organes génitaux et elle est plus fréquente dans le cas du VHS-2.

Considérations spéciales dans le cas des enfants et des nouveau-nés

- La contamination du fœtus est rare.
- L'herpès néonatal est contracté le plus souvent durant l'accouchement.
- Il est rare qu'une infection récurrente à VHS-2 soit transmise aux nouveau-nés.

- Les nouveau-nés dont la mère est atteinte d'une infection primaire à la fin de la grossesse courent un risque particulièrement élevé (pouvant atteindre 50 %), peu importe que l'infection maternelle soit symptomatique ou asymptomatique. La plupart des enfants contaminés à la naissance (70 %) sont nés de mères sans antécédents d'herpès génital.
- Dans le cadre des efforts de prévention, il faudrait établir à quel moment une femme non infectée est à risque d'être infectée pour la première fois par un partenaire et élaborer des stratégies en vue de réduire le risque de transmission (voir page 227).
- Les signes cliniques se manifestent habituellement peu après la naissance, mais ils peuvent aussi apparaître jusqu'à 4 à 6 semaines après la naissance.

Principales manifestations :

- infection généralisée qui intéresse le foie, d'autres organes et souvent le SNC avec ou sans atteinte cutanée (la période d'incubation est d'environ 1 semaine)
- affection isolée du SNC sans atteinte cutanée ni viscérale (période d'incubation variant entre 2 et 4 semaines)
- lésions cutanées, oculaires et buccales localisées, sans atteinte neurologique ou viscérale manifeste (période d'incubation variant entre 1 et 3 semaines). Certains nourrissons qui ne semblent présenter que des lésions cutanées développent plus tard des atteintes neurologiques; il faut donc administrer à tous les nourrissons atteints de l'acyclovir par voie parentérale.

- La transmission postnatale du VHS chez les nouveau-nés est rare, mais des cas de transmission (habituellement du VHS-1) par la mère ou d'autres dispensateurs de soins primaires ont été signalés.

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire

- Pour établir le diagnostic clinique, il faut retrouver les éléments suivants :
  - des lésions typiques ou atypiques

    ET
  - une culture ou d'autres résultats à des tests diagnostiques spécifiques (p. ex. IFD).
- La culture demeure la méthode de prédilection à cause de sa spécificité, de sa sensibilité et de sa capacité de typer la souche du virus
  - le typage de la souche est souhaitable dans la plupart des cas pour permettre de mieux prévoir les récurrences ainsi que de fournir des renseignements pertinents sur la susceptibilité du partenaire
  - le typage de la souche peut être nécessaire dans les cas d'abus sexuels des enfants.
- Il existe d'autres méthodes que les cultures pour le diagnostic en laboratoire des infections à VHS :

- les tests sérologiques non spécifiques quant au type peuvent être utiles pour faire la distinction entre les infections primaires et non primaires à VHS
- on ne recommande pas d'utiliser systématiquement des tests sérologiques spécifiques pour détecter l'exposition passée au virus *Herpes simplex* de type 1 ou 2. Il faudrait envisager de les utiliser
  - pour déterminer quand les femmes enceintes sans antécédents d'herpès sont à risque d'être infectées pour la première fois par un partenaire
  - pour renseigner les partenaires de longue date sur les comportements sexuels à adopter lorsqu'il n'a pas été établi clairement si le patient et ses partenaires ont contracté des infections génitales à VHS-1 ou VHS-2
- il convient de consulter un collègue avec expertise dans le domaine
  - les tests d'amplification des acides nucléiques sont utiles pour diagnostiquer l'herpès néonatal et l'infection du SNC (voir *Diagnostic en laboratoire*, page 66)
  - pour de plus amples renseignements, voir *Diagnostic en laboratoire*, page 66.

- IL NE FAUT PAS prélever d'échantillons chez des patients asymptomatiques, sauf :
  - chez les femmes en travail qui ont des lésions actives, en vue de déterminer quels sont les nouveau-nés à risque élevé
  - chez les nouveau-nés dont la mère était peut-être atteinte d'herpès génital au moment de l'accouchement.

Prise en considération d'autres MTS

- Voir *Approche clinique pour le diagnostic et la prise en charge des MTS*, page 41.
- Il faut prélever un ou des échantillons pour le diagnostic de la chlamydiose et des infections gonococciques.
- Des tests de détection du VIH et un counselling sont recommandés (voir la page 203).
- Il est recommandé d'immuniser le patient contre l'hépatite B (voir la page 136).
- Il faut songer à prélever un échantillon de sang pour des épreuves sérologiques de détection de la syphilis, immédiatement et de 4 à 6 semaines plus tard (voir la page 171).

Traitement

Premier épisode

- Il faut envisager un traitement et en discuter avec le patient. Le traitement est utile pour atténuer les symptômes, les complications et l'excrétion du virus, mais il est efficace seulement s'il est administré au début de l'épisode symptomatique.

Avant l'adolescence	Adolescents et adultes
■ acyclovir, 20 mg/kg/jour (max. 200 mg) 4 fois par jour pendant 5 à 7 jours	■ acyclovir, 400 mg 3 fois par jour pendant 5 à 7 jours OU famciclovir, 250 mg 3 fois par jour pendant 5 à 7 jours OU valacyclovir, 500 à 1 000 mg 2 fois par jour pendant 5 à 7 jours **Notes :** ■ **Aucun usage n'est indiqué pour les antiviraux topiques.** ■ Le traitement a peu de chances d'être efficace si des croûtes se sont formées sur les lésions.

Épisodes récurrents

Avant l'adolescence	Adolescents et adultes*
■ aucune donnée appuyant l'utilisation de l'acyclovir, bien que son efficacité et son innocuité soient probablement les mêmes que chez l'adulte	■ famciclovir, 125 mg *per os* 2 fois par jour pendant 5 jours OU valacyclovir, 500 mg *per os* 2 fois par jour pendant 5 jours OU acyclovir, 400 mg *per os* 3 fois par jour pendant 5 jours **Notes :** ■ Aucun usage n'est indiqué pour les antiviraux topiques. ■ Les résultats sont meilleurs si le traitement est entrepris lorsqu'apparaissent les symptômes prodromaux. ■ Un traitement des récurrences évidentes amorcé par le patient est peu efficace sur le plan clinique. ■ (Pour ce qui concerne le traitement suppressif chronique, voir ci-contre.)

* Il y aurait un léger avantage clinique à utiliser famciclovir ou valacyclovir plutôt qu'acyclovir pour les épisodes récurrents.

Enfants, adolescents et adultes immunodéprimés :

- traitement plus agressif vraisemblablement nécessaire (p. ex. par voie intraveineuse ou forte dose par voie orale)
- consultation d'un collègue avec expertise dans le domaine

Traitement suppressif chronique

- Les objectifs sont de diminuer la fréquence et la gravité des récurrences, de réduire l'excrétion asymptomatique du VHS et de procurer des avantages psychologiques au patient.
- Il convient de discuter du traitement suppressif avec tous les patients qui ont eu des infections récurrentes à VHS.

Avant l'adolescence	Adolescents et adultes
■ aucune donnée disponible	■ acyclovir, 400 mg *per os* 2 fois par jour OU famciclovir, 250 mg *per os* 2 fois par jour OU valacyclovir, 500 mg *per os* une fois par jour OU 250 mg *per os* 2 fois par jour* **Notes :** ■ Le traitement est recommandé dans le cas des patients ayant plus de six récurrences par année et jugés susceptibles de profiter d'une réduction de la fréquence des récurrences (p. ex. symptômes significatifs ou graves à chaque récurrence). ■ Certains patients peuvent avoir besoin de doses plus fortes ou plus fréquentes. ■ Une évaluation annuelle du traitement est recommandée.
	Femmes enceintes ■ consultation d'un collègue expérimenté dans le domaine ■ traitement suppressif à l'acyclovir pendant le troisième trimestre actuellement à l'étude

* Si la suppression de l'excrétion du VHS est le but du traitement, un régime de 2 fois par jour est alors recommandé.

Herpès néonatal

Nouveau-nés et nourrissons

- acyclovir, 45 à 60 mg/kg/jour IV par perfusion toutes les 8 heures pendant 14 à 21 jours

  Note : Il est bon de consulter un collègue avec expertise dans le domaine.

Prévention

- Lorsqu'un patient consulte pour des problèmes liés aux MTS ou à la contraception, il faut saisir cette importante occasion pour l'informer et l'encourager à toujours avoir des relations sexuelles protégées.
- Au moment du diagnostic d'une MTS, il faut passer en revue et surveiller les méthodes de prévention.
- Il convient de cerner les obstacles à la prévention et les moyens de les surmonter.
- Les condoms ne sont peut-être pas un moyen efficace de prévenir la transmission sexuelle du VHS, compte tenu du site des lésions ou de l'excrétion asymptomatique du virus, ainsi que du risque de transmission par voie oro-génitale. Il convient de discuter d'autres pratiques sexuelles sûres.
- Voir *Prévention primaire des MTS*, page 31.

Prise en charge

Les infections génitales à VHS sont récurrentes et incurables. Il est donc crucial que la prise en charge comporte le counselling. Tous les patients présentant une infection génitale à VHS et leur(s) partenaire(s) sexuel(s) auront sans doute avantage à être renseignés sur les aspects chroniques de la maladie après la phase aiguë.

- Pour réduire la transmission d'une infection génitale à virus herpès :
  - il faut éviter tout contact avec des lésions cutanées durant les périodes manifestes d'excrétion du virus (marque le début de la ré-épithélisation)
  - il faut éviter les relations sexuelles non protégées aux autres moments
  - les traitements suppressifs quotidiens aux antiviraux réduisent considérablement l'excrétion du virus et peuvent donc réduire la transmission.
- Les patients craignent surtout :
  - la transmission asymptomatique du virus
  - d'être jugés ou rejetés par un partenaire
  - l'isolement, la dépression et la perte d'estime de soi
  - les effets possibles sur la grossesse.

Ce qu'il faut notamment inclure dans le counselling des patients présentant une infection génitale à VHS :

- Il faut expliquer l'histoire naturelle de la maladie, en mettant l'accent sur les risques de récurrence, d'excrétion asymptomatique du virus et de transmission sexuelle. Le VHS peut être transmis sexuellement pendant des périodes asymptomatiques, alors qu'il n'y a pas de lésions. Il faut s'assurer d'offrir du counselling à ces personnes, afin d'empêcher que l'infection ne se propage davantage.
- Il faut conseiller aux patients de s'abstenir d'avoir des relations sexuelles lorsqu'ils présentent des lésions et d'informer leur(s) partenaire(s) sexuel(s) qu'ils sont atteints d'herpès génital. Il convient d'encourager l'usage du condom lors de tout contact sexuel avec un nouveau partenaire.
- Il peut être bon de renseigner les couples de longue date sur les avantages et les inconvénients de l'usage continu du condom.
- Il faut discuter du risque d'infection néonatale avec tous les patients, y compris les hommes. Il faut conseiller aux femmes atteintes d'herpès génital de signaler ce fait aux personnes qui leur dispensent des soins pendant une grossesse.
- Il faut signaler aux patients qui en sont à leur premier épisode d'herpès génital que le traitement antiviral des récurrences peut faire disparaître les lésions plus rapidement et qu'un traitement suppressif par antiviraux peut atténuer ou prévenir les récurrences.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Les infections génitales à VHS doivent obligatoirement être déclarées par les médecins aux autorités sanitaires locales dans certaines provinces, mais dans aucun des territoires (situation prévalant au moment de la publication). Les infections néonatales à VHS doivent être déclarées dans certaines provinces uniquement. Dans certaines provinces, les cas suspects sont signalés, mais dans d'autres, il faut les confirmer par des examens de laboratoire. Pour en savoir plus, il convient de contacter les autorités sanitaires locales (voir la page 274).

- La notification aux partenaires n'est pas nécessaire
  - la plupart des patients se présentent en herpès récurrent
  - il est difficile d'évaluer si un contact a déjà eu une infection génitale primaire.
- On devrait encourager les patients à informer leurs partenaires sexuels réguliers qu'ils ont cette infection, afin de les sensibiliser au risque de transmission du virus, s'ils n'ont pas déjà été infectés, et afin de faciliter le diagnostic si des symptômes se manifestent chez l'un d'eux.

Suivi

- Il n'est pas habituellement recommandé d'effectuer des cultures de contrôle, SAUF en présence de symptômes récurrents inhabituels.
- Un suivi à des fins de counselling est un élément important de la prise en charge des patients atteints d'herpès génital.

CONDYLOMES ET INFECTIONS GÉNITALES À VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN (VPH)

Étiologie

- Cette MTS est causée par certains génotypes du virus du papillome humain (VPH) à localisation génitale.

Épidémiologie

- Il s'agit de la MTS d'origine virale la plus courante.
- De 10 % à 30 % de la population adulte est infectée, bien que la majorité des patients présentent une infection clinique.
- De 1 % à 2 % des hommes et des femmes présenteront des condylomes exophytiques cliniquement visibles.
- La période d'incubation est d'environ 2 à 3 mois pour les condylomes exophytiques, mais elle peut se calculer en années dans le cas des lésions précancéreuses ou cancéreuses.
- Les lésions exophytiques cliniquement visibles sont rarement associées au cancer :
  - seuls certains génotypes du VPH sont associés aux cancers du col de l'utérus, de la vulve et du pénis, et au cancer anorectal; les génotypes qui causent le plus souvent les condylomes exophytiques n'ont pas été associés à ces cancers.
- La transmission périnatale d'une infection symptomatique semble rare. Lorsqu'elle survient, l'infection est associée à des lésions génitales et à des lésions des cordes vocales. On ignore la durée de la période d'incubation.
- Habituellement, la transmission périnatale devient cliniquement apparente au cours des 2 premières années de vie.
- Les condylomes chez un enfant de plus de 18 mois, et particulièrement de plus de 2 ans, peuvent être révélateurs d'un abus sexuel et justifier une enquête (voir *Abus sexuels des enfants*, page 233).
- Les patients infectés par le VIH présentent souvent des condylomes ano-génitaux étendus qui répondent peu au traitement.
- L'évolution vers la néoplasie est étroitement associée au tabagisme et à l'infection par le VIH.

Caractéristiques diagnostiques

- L'infection peut être subclinique ou clinique, mais elle est habituellement asymptomatique.
- Des excroissances sur la peau ou les muqueuses de la région ano-génitale (condylomes acuminés) sont souvent multiples et polymorphes.
  - apparence exophytique variant entre une excroissance digitiforme ou en chou-fleur et une lésion papuleuse

  - lésions kératinisées légèrement surélevées (lésions bowénoïdes)
  - on retrouve également des condylomes plats, maculaires
  - peuvent causer des saignements, un prurit et des écoulements.
- Chez la femme, le col de l'utérus est le site le plus fréquent d'infection génitale à VPH.
- L'infection atteint souvent plusieurs sites (p. ex. le col de l'utérus, le vagin, la vulve, etc.).
- L'histoire naturelle de l'infection est marquée par une fluctuation de la taille et du nombre des condylomes et, dans bien des cas, par leur éventuelle disparition.
- La taille et le nombre des condylomes peuvent croître durant la grossesse.
- Des lésions intra-épithéliales (dysplasie et néoplasie) observées à un test de Pap laissent habituellement supposer une atteinte cervicale.

Diagnostic différentiel

- molluscum contagiosum
- micropapillomatosis labialis (papilles vestibulaires)
- papules péniennes perlées
- kératoses séborrhéiques
- naevi intradermiques
- acrochordons
- néoplasie intra-épithéliale

Condylomes atypiques et/ou non cicatrisables

- Tous les cas de lésions suspectes pigmentées, ulcérées, continuellement prurigineuses ou récalcitrantes requièrent une biopsie et ils devraient être adressés à un collègue avec expertise dans le domaine.

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire

- Le diagnostic se fait par examen direct des organes génitaux externes, à l'aide d'une loupe ou d'un colposcope.
- La colposcopie n'est pas systématiquement nécessaire chez les patients qui présentent des condylomes génitaux externes.
- On effectuera une colposcopie pour des condylomes cervicaux et anaux cliniquement visibles et une urétroscopie pour des condylomes méataux étendus et visibles.

Il importe que les adolescentes et les femmes, avec ou sans antécédents de condylomes génitaux, qui ont une vie sexuelle active subissent régulièrement des tests de Pap (voir *Préparation d'un frotis de Papanicolaou*, page 56).

- Dans les lignes directrices nationales et provinciales actuellement en vigueur, on recommande de faire subir un test de Pap annuellement jusqu'à l'obtention de résultats normaux à deux tests subséquents, puis d'en faire subir tous les 2 à 3 ans, suivant les lignes directrices locales.
- Le cancer est plus fréquent chez les femmes qui ont une vie sexuelle active et n'ont pas subi de test de Pap régulièrement ou annuellement.

- Le typage du VPH n'est pas utile pour les condylomes génitaux externes, mais il est actuellement examiné dans le cadre d'une étude sur le triage des femmes présentant une atypie cytologique. Il reste à déterminer quelle sera sa place à long terme dans les pratiques courantes.
- Il n'existe pas de test sérologique sur le marché.

Application d'acide acétique

- L'application d'acide acétique à 5 % sur la peau de la région génitale ou le col de l'utérus pendant une période de 3 à 5 minutes peut faire blanchir la surface de l'épithélium et faciliter la détection de lésions infracliniques, mais le pourcentage de faux positifs à ce test est élevé, surtout chez les femmes dont les résultats aux tests de Pap sont à la limite de la positivité.
- Chez les patients qui présentent des lésions cliniquement évidentes, il n'est pas nécessaire d'appliquer de l'acide acétique pour poser un diagnostic ou déterminer l'efficacité d'un traitement contre l'infection à VPH.
- Au besoin, consulter un collègue expérimenté dans le domaine.

Prise en considération d'autres MTS

- Voir *Approche clinique pour le diagnostic et la prise en charge des MTS*, page 41.
- Il faut obtenir un ou des échantillons pour le diagnostic de la chlamydiose et des infections gonococciques.
- Des tests de détection du VIH et un counselling sont recommandés (voir page 203).
- Il est recommandé d'immuniser le patient contre l'hépatite B (voir page 136).
- Il faut songer à obtenir un échantillon de sang pour les tests sérologiques de détection de la syphilis (voir page 171).

Prise en charge et traitement

- **IL N'EXISTE AUCUN TRAITEMENT PERMETTANT DE GUÉRIR L'INFECTION À VPH.**
- L'immunité à médiation cellulaire peut permettre d'éradiquer le VPH avec le temps.

- Les condylomes sont souvent très persistants et récurrents.
- Cependant, on observe une disparition complète des condylomes génitaux externes chez 80 % des patients qui en présentent.
- Les lésions cervicales disparaissent dans environ 90 à 95 % des cas.
- On croit que l'exérèse des lésions visibles peut réduire le risque de transmission et avoir une incidence sur le risque de transformation maligne au niveau du col de l'utérus, mais elle n'élimine pas le risque de l'une ou l'autre de ces issues.

Au nombre des traitements peu efficaces ou insuffisamment évalués, citons :

- l'interféron
- la sensibilisation au dinitrochlorobenzène
- l'immunothérapie au moyen de vaccins autogènes
- l'application d'une crème de 5-fluoro-uracile à 5 %.

Traitement des patients présentant des lésions subcliniques

- Les lésions peuvent n'être détectées qu'à l'occasion d'un examen ou de l'application d'acide acétique (voir la page 195).
- Aucune prise en charge particulière n'est recommandée ni nécessaire pour les lésions subcliniques de la peau de la région ano-génitale externe, étant donné qu'il n'y a ni risque de récurrence de condylomes cliniques ni risque de transmission à des partenaires.
- Les femmes devraient systématiquement subir des tests de Pap à la fréquence recommandée dans les lignes directrices locales (voir la page 56).

Considérations spéciales dans le cas des enfants et des femmes enceintes

- Il est bon de consulter un collègue expérimenté dans le domaine, étant donné que les effets psychologiques et la prise en charge peuvent présenter des difficultés.
- Il faut envisager la possibilité d'un abus sexuel (voir la section *Abus sexuels des enfants*, page 233).
- Il n'est pas recommandé de procéder à une césarienne, à moins que des condylomes n'obstruent la filière pelvigénitale.
- Dans environ 50 % des cas de condylomes associés à une grossesse, on observe une régression spontanée dans les 3 mois qui suivent l'accouchement.
- Le risque de complications liées au traitement pendant la grossesse est susceptible d'être supérieur au risque de développer une papillomatose laryngée chez les nouveau-nés.

Traitement des adolescents et des adultes

- La cryothérapie est le traitement de choix, lorsqu'elle est disponible. Un traitement agressif des condylomes génitaux peut laisser des cicatrices.

Type de lésion	Traitement	Commentaires
Petits condylomes génitaux et périanaux externes et lésions intra-épithéliales cervicales **Note : La cryothérapie est le traitement de choix pour les condylomes plats.**	■ cryothérapie (azote liquide, dioxyde de carbone [neige carbonique]) ou protoxyde d'azote dans un appareil spécial	■ coût modéré et bon taux de réponse ■ dommages habituellement limités à l'épiderme ■ produit peut être appliqué sur le col de l'utérus à l'aide d'une sonde spéciale ■ particulièrement utile pour les condylomes exophytiques
	■ podofilox, solution ou gel à 0,5 % ■ cycle de traitement : appliquer sur les condylomes (sans déborder sur les tissus contigus) toutes les 12 heures pendant 3 jours, chaque semaine (4 jours de répit) ■ le cycle peut être répété au plus 7 fois (max. 7 semaines, la dose quotidienne totale ne doit pas dépasser 0,5 ml)	■ application par le patient, selon les directives du médecin ■ CONTRE-INDIQUÉ durant la grossesse ■ CONTRE-INDIQUÉ pour le traitement des condylomes du col de l'utérus, du méat, du vagin ou de l'anus ■ plus efficace et stable que la podophylline
	■ podophylline à 10-25 %, appliquer sur les condylomes (sans déborder sur les tissus contigus), laver après 1 à 4 heures ■ le traitement peut être répété une ou deux fois, à intervalles hebdomadaires (dose totale ≤ 1 à 2 ml par consultation) * (voir page 198)	■ application par un médecin - ne doit JAMAIS être appliquée par le patient ■ réactions locales fréquentes : érythème, oedème des tissus, douleur, brûlure, démangeaison ou sensibilité locales, formation de bulles ■ CONTRE-INDIQUÉE durant la grossesse (mort foetale, effets toxiques systémiques) ■ CONTRE-INDIQUÉE pour le traitement des condylomes du col de l'utérus, du méat, du vagin ou de l'anus (voir encadré ci-dessous) ■ taux d'échec : de 23 à 78 %

Type de lésion	Traitement	Commentaires
	■ acide bichloro ou trichloroacétique, répéter l'application chaque semaine **Note** : Les solutions à 50-80 % sont les plus efficaces	■ produit caustique pouvant provoquer une ulcération ■ doit être appliqué par un médecin, comme la podophylline ■ lavage de la surface non nécessaire ■ protection des tissus sains
Condylomes génitaux, périanaux plus étendus	■ électrodessiccation ■ électroexcision	■ matériel spécial requis (services d'un spécialiste souvent nécessaires) ■ anesthésie locale et rarement générale nécessaire ■ bon taux de réponse ■ un mauvais contrôle de la profondeur peut causer une cicatrisation et des dommages excessifs
Lésions internes étendues (larges ou résistantes), dont des condylomes vaginaux, cervicaux et méataux	■ envisager : – traitement au laser – chirurgie – électroexcision et électrodessiccation	■ les patients devraient être adressés à un collègue expérimenté dans le domaine ■ les traitements peuvent nécessiter une anesthésie locale ou générale ■ faible taux de complications quand les cas sont confiés à des experts

* **Imiquimod**, autre traitement local, sera bientôt disponible au Canada pour le traitement des condylomes génitaux. Il est difficile de recommander Imiquimod comme premier choix de traitement par manque de données comparatives. Imiquimod serait plus utile pour les cas récidivants.

Prévention

- Lorsqu'un patient consulte pour des problèmes liés aux MTS ou à la contraception, il faut saisir cette importante occasion pour l'informer et l'encourager à toujours avoir des relations sexuelles protégées.
- Les condoms ne sont pas nécessairement un moyen efficace de prévenir la transmission sexuelle du VPH, compte tenu du site des lésions. Il convient de discuter d'autres pratiques sexuelles sûres.

Ce qu'il faut notamment inclure dans le counselling des patients présentant des condylomes génitaux, au sujet des façons de réduire les risques pour eux-mêmes et pour les autres :

- expliquer l'histoire naturelle de la maladie, en mettant l'accent sur les différents types de condylomes génitaux et leur association avec le cancer, sur les risques de récurrence et sur la transmission sexuelle
- conseiller aux patients de laisser savoir à leur(s) partenaire(s) sexuel(s) qu'ils ont des condylomes génitaux. Il convient d'encourager l'usage du condom lors de tout contact sexuel avec un nouveau partenaire
- indiquer aux patientes que **les femmes qui subissent régulièrement un test de Pap** (voir la page 56) **ont des taux beaucoup plus bas de cancer invasif**
- encourager les patients à vérifier à l'avenir eux-mêmes s'ils ont des lésions et à consulter promptement un médecin s'ils en découvrent

- Au moment du diagnostic d'une MTS, il faut passer en revue et surveiller les méthodes de prévention.
- Il convient de cerner les obstacles à la prévention et les moyens de les surmonter.
- Voir *Prévention primaire des MTS*, page 31.

Déclaration des cas, notification aux partenaires et suivi

- L'infection à VPH n'est pas une maladie qui doit obligatoirement être déclarée aux autorités sanitaires locales.
- Il n'est pas utile d'aviser les partenaires des cas suspects ou avérés d'infection à VPH.
- Il faut assurer un suivi systématique des femmes à l'aide de tests de Pap annuels.
- Le traitement ou l'orientation des partenaires asymptomatiques ne sont pas indiqués.

VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (VIH) ET SIDA CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES ADULTES

Épidémiologie

- On estime qu'entre 40 000 et 50 000 Canadiens et Canadiennes sont infectés par le VIH, et la plupart d'entre eux sont asymptomatiques.
- La proportion des nouveaux cas déclarés d'infection à VIH qui est attribuable à l'usage de drogues injectables ou qui survient chez les femmes ou les populations autochtones est à la hausse depuis quelques années.
- Après une baisse constante du nombre d'infections par le VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, l'incidence paraît maintenant stabilisée.
- Plus de 14 500 cas de sida avaient été déclarés au Canada à la fin de décembre 1996.
- La proportion des cas de sida chez les hommes adultes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes a chuté de 85,3 % en 1988 à 79,1 % en 1996.
- La proportion des cas de sida survenant chez les utilisateurs de drogues injectables et chez les femmes est en augmentation constante depuis 1988.
- Au Canada, les donneurs de sang font l'objet d'une sélection et doivent subir des tests de dépistage du VIH depuis 1985, ce qui a permis de réduire de façon considérable la proportion des cas transmis par les produits sanguins. À l'heure actuelle, on estime que le risque de contracter une infection par suite d'une transfusion de sang ou de produits sanguins est extrêmement faible au Canada (environ 1 par million d'unités de sang).
- Il s'écoule en moyenne entre 8 et 11 ans entre le moment où l'infection à VIH est contractée et l'apparition du sida, mais dans certains cas rares, cet intervalle peut être < un an.
- Le risque de contracter l'infection à VIH lors d'un contact sexuel unique avec une personne infectée par le VIH peut varier entre 1 et 2 sur 1 000, mais il est très variable. Le risque augmente avec le nombre d'expositions et la charge virale de la personne infectée.
- Les ulcérations génitales (p. ex. herpès, syphilis, chancre mou) accroissent le risque de transmission sexuelle du VIH.

Note : L'arrivée de la polythérapie antirétrovirale a peut-être fait en sorte que l'infection à VIH est maintenant perçue comme une maladie chronique grave. Il importe donc de renouveler les messages de prévention si l'on veut lutter contre l'infection à VIH.

Caractéristiques diagnostiques

Comportements à risque

- Rapports sexuels non protégés.
- Rapports sexuels avec une personne infectée par le VIH.
- Nombreux partenaires sexuels.

- Relations sexuelles anales, réceptives en particulier.
- Partage de seringues et d'autre matériel utilisé pour l'injection de drogues.
- Antécédents d'hépatite B ou d'autres MTS.

Histoire

- La plupart des cas sont asymptomatiques.
- La primo-infection peut s'accompagner d'un syndrome d'allure mononucléosique et d'une méningite amicrobienne. Une éruption maculopapuleuse peut également être présente.
- L'infection symptomatique peut donner le tableau clinique suivant :
  - fièvre persistante inexpliquée
  - adénopathie inexpliquée, habituellement généralisée
  - diarrhée chronique inexpliquée
  - dyspnée et toux sèche
  - candidose cutanéo-muqueuse récurrente
  - dysphagie (candidose oesophagienne)
  - nouvelles lésions nodulaires rouge violacé sur la peau ou les muqueuses (sarcome de Kaposi)
  - perte de poids inexpliquée
  - encéphalopathie
  - zona, en particulier s'il est sévère, intéresse plus d'un dermatome ou est disséminé
  - augmentation de la fréquence ou de la sévérité d'une infection herpétique cutanéo-muqueuse
  - cécité

Manifestations de la maladie chez les jeunes et les adultes

Primo-infection	■ symptômes non spécifiques ou asymptomatiques ■ les manifestations cliniques sont variables et peuvent englober : fièvre, mal de gorge, adénopathies, léthargie, anorexie, éruption cutanée, ulcérations des muqueuses, méningo-encéphalite et rarement certaines affections reliées au sida
Infection asympto-matique	■ de nombreux patients font partie de cette catégorie ■ une lymphadénopathie généralisée est souvent présente ■ une thrombopénie peut être présente

Infection progressive : (affections évoquant un déficit immunitaire)	■ candidose buccale ■ leucoplasie chevelue de la langue ■ fièvre inexpliquée d'une durée supérieure à 2 semaines ■ diarrhée chronique d'une durée supérieure à 3 semaines ■ perte de poids inexpliquée > 10 % de la masse corporelle ■ anémie inexpliquée de type « maladie chronique » ■ fatigue ou léthargie ■ candidose vaginale récurrente ou chronique ■ dysplasie cervicale	
Maladies opportunistes caractérisant le sida (peuvent nécessiter une sérologie positive pour avoir une valeur diagnostique)	■ infections virales : – infection à cytomégalovirus (CMV) – colite / rétinite – lésions chroniques ulcérées dues au virus *Herpes simplex* – zona intéressant plus d'un dermatome (VZV) – leucoencéphalopathie multifocale progressive (LMP) ■ mycoses : – candidose invasive – aspergillose – cryptococcose ■ infections bactériennes : – pneumonies récurrentes – salmonellose	■ infections dues à des mycobactéries – *M. tuberculosis* – *complexe M. avium* – *M. kansasii* ■ parasitoses : – *pneumonie à P. carinii* – infection à *T. gondii* – infection gastro-intestinale ■ néoplasies : – sarcome de Kaposi – lymphome non hodgkinien ■ autres : – encéphalopathie associée au VIH – cachexie

Diagnostic en laboratoire – recherche des anticorps anti-VIH

- Tout médecin peut demander un test de détection du VIH.
- **Ce test ne devrait être effectué qu'avec le consentement du patient.**
- Il faut offrir un test de détection du VIH à toute personne qui a un comportement à risque, dont le tableau clinique ou les résultats aux épreuves de laboratoire évoquent une infection à VIH ou à toute personne qui en fait la demande
  - il faut expliquer clairement la nature du test ET
  - il faut assurer un counselling pré-test et post-test adéquat.
- La numération des CD4 et la détermination de la charge virale ne sont pas utilisées comme des épreuves de dépistage ou de diagnostic.

- Le dosage de l'antigénémie p24, s'il est utile dans certains cas pour le diagnostic de la primo-infection ou d'une infection aiguë, n'a pas la sensibilité voulue pour les fins du dépistage (voir *Diagnostic en laboratoire de l'infection à VIH*, page 68).
- Dans l'ensemble des provinces et des territoires, un médecin n'est pas tenu de fournir le nom de la personne qui a subi le test de dépistage, MAIS à certains endroits, il doit indiquer le nom de la personne aux autorités sanitaires locales (déclaration nominative) si le résultat du test est positif.
- Dans certaines provinces, il est possible de subir un test non nominatif ou anonyme (la personne n'est pas obligée de révéler son identité et le résultat du test est communiqué uniquement à elle). Aussi, on peut communiquer avec les autorités sanitaires locales pour obtenir plus de renseignements à cet égard (voir page 274).
- Dans la majorité des cas, la séroconversion survient dans les 12 semaines qui suivent l'infection, mais il peut arriver que la réponse immunitaire soit retardée jusqu'à 6 mois. Les médecins doivent tenir compte de cette éventualité lorsqu'ils déterminent le moment de la sérologie. Les patients qui seraient peut-être en cours de séroconversion doivent subir des tests spécialisés et être évalués par un collègue expérimenté dans le domaine de l'infection à VIH.
- Il faut répéter toutes les épreuves initiales qui se révèlent positives pour le VIH au moyen d'un deuxième échantillon de sang afin de confirmer le diagnostic.

Counselling pré-test et post-test

- Le counselling devra être adapté à l'âge de même qu'au patient qui subit le test.

Discussion concernant le counselling pré-test pour l'infection à VIH

Préciser :	■ confidentialité du counselling et du test de dépistage ■ options offertes pour le dépistage (p. ex. nominatif, non nominatif, anonyme) ■ recherche des anticorps du VIH et NON test pour le sida ■ la majorité des personnes produisent des anticorps décelables dans les 3 mois qui suivent l'infection ■ un test négatif [a, b] peut signifier : – qu'il y a absence d'infection, OU – qu'il est trop tôt pour détecter les anticorps ■ un test positif [a, c] signifie : – qu'il y a infection par le VIH – que la personne peut infecter d'autres par des contacts sexuels non protégés, du sang ou du lait maternel ■ un résultat indéterminé signifie qu'il faudra effectuer un autre test ■ le VIH n'est PAS transmis par la sueur, la salive ou les larmes

Discussion concernant le counselling pré-test, (suite...)	
	Modes de transmission : – le contact direct de sang à sang – le partage d'aiguilles ou de seringues – les contacts sexuels : pénétration anale (risque très élevé); relations sexuelles vaginales (risque élevé); relations sexuelles orales (faible risque) – de la mère infectée à l'enfant durant la grossesse, à la naissance ou par le lait maternel – transfusion de sang ou de produits sanguins au Canada avant novembre 1985 (ailleurs, le risque variera selon les tests qu'on fait subir au sang des donneurs)
Discuter :	■ risques spécifiques, sexuels et autres ■ en cas de grossesse : discuter du traitement disponible pour diminuer le risque de transmission de la mère à l'enfant (baisse de 80 %) ■ s'il y aurait lieu de subir des tests ultérieurs ■ précautions pour réduire les risques – usage systématique de condoms en latex – évitement des relations sexuelles fortuites, anonymes et non protégées – aucun partage d'aiguilles, de seringues ou d'autre matériel utilisé pour l'injection de drogues
Explorer :	■ conséquences psychologiques du test : – la capacité de s'ajuster aux résultats possibles et les réseaux de soutien disponibles (personnel, communautaire, médical) doivent être connus
Expliquer :	■ la nécessité de retourner pour obtenir les résultats du test et fixer la date de la rencontre de counselling post-test – obtenir le consentement pour le suivi si le patient ne revient pas ■ le counselling post-test ■ exigences concernant la déclaration et la notification aux partenaires pour l'infection à VIH (dépendent de l'endroit et de l'accessibilité de tests anonymes).

Discussion concernant le counselling post-test pour l'infection à VIH	
Résultat négatif[b] :	■ interpréter : – pas d'infection ou – les risques encourus au cours des 3 derniers mois exigent un nouveau test 3 mois après la dernière exposition possible ■ insister sur la réduction des risques : – éviter les activités à haut risque – éviter le partage d'aiguilles et de seringues et d'équipement d'injection – utiliser des condoms en latex lubrifiés et des pratiques sexuelles sécuritaires
Résultat positif [b,c,d] :	■ interpréter : – être infecté par le VIH n'est pas un diagnostic de sida – expliquer que des tests de confirmation ont été effectués pour écarter la possibilité d'un résultat faussement positif ■ objectifs prioritaires : – aborder les questions qui sont importantes pour la personne infectée – discuter des mécanismes d'adaptation et des réseaux de soutien – discuter des avantages d'un traitement précoce et d'un suivi. Il faut également un soutien médical plus poussé, des tests de la fonction immunitaire, une mesure de la charge virale et un counselling ■ questions à régler rapidement : – notification aux partenaires (par soi-même ou par le service de santé publique) – infectivité (insister sur les mécanismes de transmission, les comportements à faible risque et à risque élevé) – conseils spéciaux pour éviter la transmission du VIH : – protéger les autres du sang, des liquides organiques et des sécrétions sexuelles – éviter de faire des dons de sang, d'organes, de tissus, de sperme et de lait maternel – informer le médecin de famille et envisager d'informer les autres dispensateurs de soins (p. ex. dentiste) ■ soins médicaux : – faire subir des tests de dépistage de la syphilis, de l'hépatite B, de la tuberculose et d'autres MTS – demander des consultations auprès de spécialistes, au besoin

Discussion concernant le counselling post-test (suite...)	
	– discuter des habitudes de vie qui pourraient améliorer la santé, prise en charge de soi – discuter des questions de confidentialité dans le système de santé, la collectivité et à l'école ou au travail.

Notes aux discussions concernant le counselling pré-test et post-test :

(a) Certains rapports de laboratoire indiquent le résultat du test de dépistage (habituellement ELISA) et le résultat d'un test de confirmation (p. ex. Western Blot), si un tel test est effectué. Si le test de dépistage est positif et que le test de confirmation est négatif, le résultat est négatif.

(b) Des tests de détection d'anticorps dans la salive et l'urine qui sont positifs doivent être répétés sur des échantillons de sérum ou de plasma.

(c) Pour l'interprétation de résultats indéterminés, voir page 68.

(d) Une sérologie positive pour le VIH chez un nourrisson peut simplement être due au transfert passif d'anticorps maternels, et l'enfant peut être infecté ou non. On peut détecter des anticorps maternels pendant une période de 18 mois chez un nourrisson qui n'est pas infecté par le VIH. Il existe des épreuves de laboratoire qui peuvent aider à reconnaître les enfants infectés à un plus jeune âge (voir *Diagnostic en laboratoire de l'infection à VIH*, page 68). Ces épreuves ne sont toutefois pas largement accessibles.

Prévention

- Lorsqu'un patient consulte au sujet d'une infection à VIH, il faut saisir cette importante occasion pour l'informer et l'encourager à toujours avoir des relations sexuelles protégées.
- Lors des épreuves de détection du VIH, il faut passer en revue et évaluer les méthodes de prévention.
- Il faut cerner les obstacles à la prévention et les moyens de les surmonter.
- voir *Prévention primaire des MTS*, page 31.

Transmission sexuelle

- Les activités sexuelles peuvent être divisées en trois catégories de risque :
  - AUCUN RISQUE de transmission (p. ex. attouchements, baisers, caresses)
  - FAIBLE RISQUE de transmission (p. ex. relation sexuelle orale sans éjaculation, relation sexuelle avec pénétration avec condom en latex)
  - RISQUE ÉLEVÉ de transmission (p. ex. relation sexuelle donnée ou réceptive sans condom).
- Il faut indiquer au patient que :
  - seules l'abstinence et les activités ne comportant « aucun risque » permettent de prévenir absolument la transmission
  - les activités à faible risque (réduction des risques) sont préférables aux activités à risque élevé et, en particulier, l'usage régulier de condoms en latex réduit de façon considérable le risque de transmission sexuelle du VIH, mais n'élimine pas complètement ce risque (voir *Prévention primaire des MTS*, pages 31). Les condoms féminins peuvent être utiles.

- Il importe d'encourager fortement les personnes infectées à informer leurs partenaires sexuels passés et futurs de leur séropositivité à l'égard du VIH.
- Un counselling et une discussion continus des comportements sexuels sont indiqués.

Transmission parentérale

- Offrir l'accès à des centres de désintoxication aux utilisateurs de drogues injectables (UDI) et les conseiller sur les risques de santé associés au UDI.
- Si ce n'est pas le cas, il faut les encourager à réduire les méfaits et, notamment, à ne pas partager leurs seringues ni l'équipement d'injection et à adopter des modes plus sûres de consommation de drogues.
- De plus, il y aurait lieu de discuter des programmes d'échange de seringues et d'autres sources de seringues stériles. La désinfection à l'eau de Javel n'est pas aussi sûre que l'usage de matériel neuf, mais peut réduire le risque de transmission parentérale du VIH s'il est impossible d'obtenir des fournitures neuves.

Transmission de la mère à l'enfant

- Il faudrait offrir des services de counselling et de dépistage confidentiels du VIH à toutes les femmes enceintes.
- Les femmes séropositives pour le VIH qui sont en âge de procréer devraient être informées du risque de transmission de l'infection de la mère à l'enfant. Il faudrait également leur fournir des informations complètes concernant la contraception et les options en matière de reproduction de même que les traitements qui permettent de réduire le risque de transmission de l'infection à l'enfant (voir *Infection à VIH et grossesse*, page 229).
- Il importe d'éviter l'allaitement maternel lorsqu'il existe d'autres moyens de nourrir les bébés étant donné que le VIH a déjà été transmis à des nourrissons par le lait maternel.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Les médecins doivent obligatoirement déclarer les cas de sida aux autorités sanitaires locales dans l'ensemble des provinces et territoires.
- Dans certaines provinces et certains territoires, l'infection à VIH est une maladie à déclaration obligatoire, et la déclaration peut contenir des renseignements de nature nominale ou non nominale, selon l'endroit.
- La notification aux partenaires doit être effectuée dans tous les cas de sida et d'infection à VIH.
- Les autorités sanitaires locales peuvent contribuer à la notification aux partenaires et à l'orientation de ces derniers pour qu'ils subissent une évaluation clinique, des tests, un traitement et reçoivent des services d'éducation sanitaire. C'est au médecin traitant qu'il incombe de veiller à la notification aux partenaires.
- Tous les enfants nés de mères qui sont ou pourraient être infectées par le VIH doivent être évalués (voir *Infection à VIH chez les enfants*, page 210).

- Toutes les personnes séropositives pour le VIH qui ont déjà reçu ou donné du sang doivent être signalées de façon confidentielle aux services transfusionnels de la Société canadienne de la Croix-Rouge.

Traitement et suivi

DANS CE DOMAINE DE PLUS EN PLUS COMPLEXE, LE TRAITEMENT OPTIMAL ÉVOLUE RAPIDEMENT À MESURE QUE DE NOUVEAUX MÉDICAMENTS ARRIVENT SUR LE MARCHÉ. LES RECOMMANDATIONS POUR UN PATIENT DONNÉ DOIVENT ÊTRE EFFECTUÉES EN COLLABORATION AVEC UN COLLÈGUE AYANT UNE EXPERTISE DANS LE DOMAINE DU VIH/SIDA.

Principe directeur

- Toutes les personnes infectées symptomatiques sont habituellement vues en consultation à intervalle de 4 à 6 mois si elles ne reçoivent aucun traitement, mais l'intervalle est plus rapproché si elles reçoivent un traitement antirétroviral ou si elles sont symptomatiques.

Premières consultations

- Veiller à ce que le patient bénéficie d'un soutien psychosocial pendant tout le suivi.
- Relever les antécédents médicaux et effectuer un examen physique.
- Demander des tests de laboratoire : hémogramme complet avec numération leucocytaire et des lymphocytes CD4, charge plasmatique de l'ARN du VIH, sérologie pour l'hépatite B et l'hépatite C et la syphilis. Effectuer un test de Papanicolaou.
- Il faudrait effectuer un test cutané à la tuberculine. Un résultat négatif n'exclut pas nécessairement l'infection tuberculeuse.
  - Si le test révèle une exposition passée à *M. tuberculosis* (induration ≥ 5 mm de diamètre), il faut évaluer le patient pour une tuberculose active.
  - Si l'on peut exclure une tuberculose active et si le patient n'a jamais reçu de traitement prophylactique ou curatif antérieur pour la tuberculose, l'isoniazide, 300 mg une fois par jour, est un médicament qui prévient très efficacement le développement de la tuberculose active. On peut utiliser la rifampicine, 600 mg par jour, ou la rifabutine, 300 mg par jour, pour les souches résistantes à l'isoniazide ou lorsque la toxicité de l'isoniazide interdit l'usage de ce médicament.
  - Il y aurait lieu de consulter un collègue expérimenté dans ce domaine.
- Il faudrait discuter de l'immunisation en se reportant aux lignes directrices en vigueur. Toutes les personnes séropositives pour le VIH devraient recevoir le vaccin antipneumococcique, et il faudrait envisager d'administrer le vaccin antigrippal chaque année. S'il y a lieu, il faut mettre à jour le calendrier de vaccination systématique. Seul le VPTI est recommandé pour les patients et les personnes qui habitent sous le même toit qu'eux. S'il est vrai que tous les

vaccins peuvent augmenter temporairement la charge virale plasmatique, on estime habituellement que les avantages de ceux-ci l'emportent sur les risques.

Consultations ultérieures

- La numération des lymphocytes CD4 et la mesure de la charge virale doivent être effectuées tous les 3 à 4 mois.
- Le traitement médicamenteux comporte deux types de médicaments : les antirétroviraux et les médicaments destinés à prévenir ou à traiter les infections opportunistes.

Traitement antirétroviral

Il s'agit d'un domaine qui évolue rapidement, et toute décision concernant un traitement particulier pour un patient donné doit être prise en collaboration avec un collègue expérimenté dans le traitement du VIH/sida.

- Toute personne infectée par le VIH devrait se voir offrir un traitement comportant au moins trois agents auxquels elle n'a pas été exposée antérieurement.
- Il faudrait éviter la monothérapie car elle est associée à l'apparition d'une résistance aux médicaments.
- Il faut dire aux patients de prendre leurs médicaments régulièrement étant donné que les doses manquées ou la prise de doses insuffisantes peuvent favoriser l'apparition d'une résistance aux médicaments.
- Il peut se produire des interactions médicamenteuses importantes avec certains antirétroviraux.

Régimes prophylactiques courants pour les infections opportunistes

Lorsque la numération des CD4 < $0{,}2 \times 10^9$ (ou < 20 % des lymphocytes) :

- prophylaxie de la pneumonie à *Pneumocystis carinii*
- prophylaxie de la pneumonie à *Pneumocystis carinii* également indiquée en cas de candidose buccale ou de pneumonie à *Pneumocystis carinii* antérieure, indépendamment du nombre de CD4

Lorsque le nombre de CD4 < $0{,}050 \times 10^9$:

- prophylaxie du complexe *Mycobacterium avium.*

Infections secondaires :

- La prévention et le traitement des infections bactériennes, virales, parasitaires et fongiques doivent être individualisés, et la réponse au traitement doit être contrôlée.
- Dans de nombreux cas, il faut appliquer un traitement suppressif de longue durée.

Considérations spéciales dans le cas des femmes

- En raison du risque accru de cancer du col utérin, il faudrait effectuer un test de Papanicolaou au moins chaque année.

VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (VIH) CHEZ LES ENFANTS

Épidémiologie

- En 1995, 2,1 % de toutes les sérologies positives pour le VIH ont été effectuées chez des enfants âgés de ≤ 15 ans.
- Une proportion de plus en plus élevée de bébés infectés par le VIH sont nés de mères qui n'ont aucun facteur de risque précis identifié.
- À la fin de décembre 1996, 158 cas de sida avaient été dénombrés chez les enfants au Canada; la transmission de la mère à l'enfant représentait 75 % des cas alors que le fait d'avoir reçu du sang ou un produit sanguin expliquait < 10 % des cas.
- Le recours aux tests de dépistage du VIH et le procédé de préparation des produits sanguins utilisé depuis 1985 ont réduit le risque de transmission de l'infection aux personnes atteintes d'hémophilie et aux autres personnes qui reçoivent des produits sanguins. On estime actuellement que le risque est extrêmement faible (1/1 000 000 unités de sang).
- Le VIH peut être transmis à un enfant qui est victime d'abus sexuels.
- Même dans les cas où le VIH a été transmis par voie périnatale, l'infection peut demeurer asymptomatique pendant un certain nombre d'années.
- L'usage d'antirétroviraux durant la grossesse, le travail et pendant les 6 premières semaines qui suivent la naissance peut réduire de façon considérable le risque de transmission du VIH chez les nouveau-nés.

Caractéristiques diagnostiques

Facteurs de risque

Infection périnatale	■ mères N'AYANT pas subi un test de détection du VIH et/ou n'ayant pas reçu de traitement antirétroviral pendant la grossesse ■ mères à risque accru d'infection à VIH : – mères issues d'une région où le VIH est endémique – partage de seringues ou d'autre matériel utilisé pour l'injection de drogues – autres toxicomanies – rapports sexuels avec un ou des partenaires infectés par le VIH – travail de l'industrie du sexe.

Infection acquise	■ transfusion de produits sanguins infectés et/ou injections dans certains pays où le VIH est endémique (au Canada, le risque de contracter le VIH par une transfusion sanguine est de 1 sur un million d'unités). ■ abus sexuel ou prostitution ■ partage d'aiguilles ou de matériel utilisé pour l'injection de drogues.

Symptômes

■ La plupart des nourrissons et des enfants infectés par le VIH sont asymptomatiques

Généraux	Spécifiques	
■ irritabilité ■ gain pondéral insuffisant ■ retard staturo-pondéral	■ troubles respiratoires persistants / récurrents ■ otite / sinusite persistante / récurrente ■ exanthème persistant ■ muguet persistant	■ lymphadénopathie persistante ■ diarrhée persistante / récurrente ■ fièvre persistante / récurrente

Classification du VIH chez l'enfant [(a)]

Catégories immuno-logiques	N : Aucun signe / symptôme	A : Signes / symptômes bénins	B : Signes / symptômes modérés	C : Signes / symptômes sévères
Aucun indice d'immuno-dépression	N1	A1	B1	C1
Indices d'immuno-dépression modérée	N2	A2	B2	C2
Immuno-dépression sévère	N3	A3	B3	C3

Note :
(a) Tiré de : "Pediatric immunodeficiency virus (HIV) classification", *MMWR* 1994, vol. 43, no. RR-12.

Diagnostic en laboratoire – recherche des anticorps anti-VIH

■ Les médecins doivent expliquer aux parents de tous les nourrissons et de tous les enfants soupçonnés d'être atteints d'une infection à VIH la nécessité des tests et les conséquences d'un résultat positif pour la mère (voir *Discussion concernant le counselling pré-test*, page 203).

- Il est recommandé d'effectuer les tests après que les parents ou le tuteur aient reçu un counselling et donné leur consentement.
- Lorsqu'on soupçonne que l'infection a été contractée durant la période périnatale, il peut être utile de faire subir un test à la mère si le nourrisson est âgé de moins de 18 mois pour déterminer s'il risque d'être infecté.
- Le diagnostic précoce de l'infection à VIH permet d'avoir accès rapidement à un traitement qui peut freiner la progression de la maladie, notamment prévenir l'encéphalopathie, et permet également le traitement précoce et la prévention des infections opportunistes. Le diagnostic de l'infection à VIH pendant la grossesse permet l'administration d'antirétroviraux pendant la période prénatale, intrapartum ainsi qu'au nouveau-né, ce qui réduit le risque de transmission du VIH.

- Il est recommandé de discuter avec un collègue expérimenté dans le domaine du VIH/sida chez les enfants afin de déterminer la nécessité d'effectuer des épreuves sérologiques, des cultures et des tests d'amplification des acides nucléiques et pour l'interprétation des résultats.
  - Chez un nourrisson, un résultat positif à un test de dépistage des anticorps anti-VIH peut simplement indiquer un transfert passif des anticorps maternels, le nourrisson pouvant ou non être infecté. Le test de détection des anticorps anti-VIH est si sensible qu'on a pu détecter les anticorps de la mère pendant 18 à 24 mois chez un nourrisson non infecté par le VIH. Les tests de laboratoire qui peuvent aider à détecter l'infection chez les bébés avant l'âge de 15 mois sont l'amplification des acides nucléiques par la polymérase (PCR), l'antigénémie p24 et l'isolement du virus (voir *Diagnostic en laboratoire de l'infection à VIH*, page 68).
  - Comme il est possible d'obtenir des résultats faussement négatifs à la PCR, à l'antigénémie p24 et à l'isolement du virus chez des nourrissons, il est recommandé de répéter au moins 2 de ces tests de détection du virus OU 1 test à au moins 2 mois d'intervalle dans des situations où le risque est élevé (p. ex. bébé de moins de 18 mois ayant une sérologie positive pour le VIH). Le sang du cordon n'est pas un échantillon adéquat parce qu'il peut avoir été contaminé par le sang de la mère.
  - Un test de détection des anticorps anti-VIH négatif chez la mère et/ou son enfant dans les quelques premières semaines après l'accouchement n'exclut pas l'infection si la mère a été infectée à la fin de la grossesse.

Traitement

- DANS CE DOMAINE DE PLUS EN PLUS COMPLEXE, LE TRAITEMENT OPTIMAL ÉVOLUE RAPIDEMENT À MESURE QUE DE NOUVEAUX MÉDICAMENTS ARRIVENT SUR LE MARCHÉ. DES RECOMMANDATIONS CONCERNANT UN TRAITEMENT SPÉCIFIQUE POUR UN PATIENT DONNÉ DOIVENT ÊTRE FAITES EN COLLABORATION AVEC UN COLLÈGUE AYANT UNE EXPERTISE DANS LE DOMAINE DU VIH/SIDA CHEZ L'ENFANT.

- Le traitement médicamenteux fait appel à deux types de médicaments : les antirétroviraux et les médicaments destinés à prévenir ou à traiter les infections opportunistes.

Traitement antirétroviral

- Il s'agit d'un domaine qui évolue rapidement, et toute décision concernant un traitement particulier pour un patient donné doit être prise en collaboration avec un collègue expérimenté dans le domaine du VIH/sida chez l'enfant.
- Il importe de discuter du traitement antirétroviral avec le pourvoyeur de soins principal de l'enfant infecté.
- Tous les nourrissons et les enfants infectés par le VIH doivent se voir offrir un traitement antirétroviral comportant au moins trois agents (dont un doit pouvoir passer dans le SNC).
- Il importe d'éviter la monothérapie étant donné qu'elle est associée à l'apparition d'une résistance aux médicaments.
- Il faut dire aux patients de prendre leurs médicaments régulièrement, étant donné que les doses manquées et la prise de doses insuffisantes favorise l'apparition d'une résistance aux médicaments.
- Des interactions médicamenteuses importantes peuvent survenir avec certains traitements antirétroviraux.

Schémas prophylactiques courants pour les infections opportunistes :

Prophylaxie de la pneumonie à *Pneumocystis carinii*

- La prophylaxie de la pneumonie à *Pneumocystis carinii* doit être amorcée à l'âge de 4 à 6 semaines chez tous les bébés nés de femmes séropositives pour le VIH, que la mère ait reçu ou non des antirétroviraux pendant la grossesse. La prophylaxie doit se poursuivre jusqu'à ce qu'on ait exclu le diagnostic d'infection à VIH. Tous les nourrissons et les enfants chez qui on diagnostique une infection à VIH doivent poursuivre la prophylaxie de la pneumonie à *Pneumocystis carinii*.
- On administre du triméthoprime, 5 mg/kg/jour, ET du sulfaméthoxazole, 25 mg/kg/jour, en doses fractionnées 2 fois par jour, 7 jours par semaine ou 3 jours par semaine; d'autres régimes semblables se sont révélés efficaces. Le dapsone par voie orale ou la pentamidine en aérosol sont d'autres traitements qui peuvent être utilisés.

Infections secondaires :

- La prévention et le traitement des infections bactériennes, virales, parasitaires et fongiques doivent être individualisés, et la réponse au traitement doit être contrôlée.
- Il peut être nécessaire d'avoir recours à un traitement suppressif de longue durée.

Immunisation

- Immunisation de tous les nourrissons et les enfants infectés par le VIH (le vaccin contre l'hépatite B doit être administré pendant la petite enfance et non dans le cadre des programmes scolaires)
- Conformément au calendrier et indépendamment du nombre de CD4 : diphthérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite (vaccin inactivé), et *Haemophilus influenzae*, type b
- Avec prudence : rougeole, oreillons, rubéole
  - s'il n'y a aucun signe de déficit immunitaire d'après le nombre de CD4 et si l'enfant est asymptomatique
  - ces vaccins sont contre-indiqués en cas de déficit immunitaire sévère (voir tableau ci-dessous)
- Vaccins additionnels recommandés : vaccin antipneumococcique et vaccin annuel contre la grippe. Vaccins contre-indiqués : BCG, RRO en cas de déficit immunitaire sévère

Immunodépression chez les nourrissons et les enfants d'après le nombre de lymphocytes CD4 pour l'âge

Immunosuppression	**Âge**		
	< 12 mois	**1-5 ans**	**6-12 ans**
Aucun signe d'immunodépression	> 1500	> 1000	> 500
Immunodépression modérée	750-1499	500-999	200-499
Immunodépression sévère	< 750	< 500	< 200

Considération spéciale

- Pour obtenir le nom du collègue expérimenté dans le domaine du VIH/sida chez l'enfant, veuillez communiquer avec le directeur provincial ou territorial de la lutte contre les MTS (voir page 274) ou le centre de soins pédiatriques pour le VIH le plus proche.

Prévention primaire

- Offrir le dépistage à toutes les femmes enceintes afin de déterminer le statut sérologique pour le VIH et l'administration d'antirétroviraux en cas de séropositivité, pendant la période prénatale, périnatale et au cours des 6 premières semaines de la vie, peuvent réduire de 80 % le risque de transmission (p. ex. de 25 à 30 % à moins de 10 %).

- Il est bon de conseiller la mère au sujet du risque lié à l'allaitement maternel, étant donné que le VIH peut être transmis par le lait maternel.
- Les mères de nourrissons séropositifs pour le VIH devraient recevoir un counselling et subir les tests nécessaires. Il faudrait également évaluer leurs partenaires sexuels ainsi que leurs autres enfants.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Les cas de sida doivent obligatoirement être déclarés par les médecins aux autorités sanitaires locales dans l'ensemble des provinces et territoires.
- L'infection à VIH est une maladie à déclaration obligatoire dans certaines provinces et certains territoires, et cette déclaration peut être nominative ou non nominative, selon l'endroit.

Suivi

- Les nourrissons et les enfants infectés par le VIH doivent faire l'objet d'un suivi fréquent et d'un contrôle de l'état clinique, du nombre de CD4 et de la charge virale. Il y aurait lieu de consulter un collègue expérimenté dans le domaine du VIH/sida chez l'enfant.

ECTOPARASITOSES

PÉDICULOSE PUBIENNE (MORPIONS)

Étiologie / Épidémiologie

- Il s'agit d'une infestation causée par *Phthirus pubis* (morpion).
- Les humains sont le seul réservoir.
- Le morpion vit moins longtemps s'il n'est pas sur son hôte (24 heures) que le pou de la tête (plusieurs jours).
- Les morpions se trouvent habituellement dans les poils pubiens, mais on peut également les observer dans les poils qui couvrent le thorax, les aisselles, les cils et les poils du visage.
- La transmission survient par contact sexuel et non sexuel.

Manifestations

- Au nombre des réactions aux morsures de morpions, citons : le prurit, le grattage, l'érythème, l'irritation et l'inflammation de la peau.
- De petites taches bleues peuvent apparaître à l'endroit des morsures.
- Une infestation importante peut s'accompagner d'une légère fièvre et de malaises.
- Le grattage peut causer une infection secondaire de la peau.

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire

- Il faut se fonder sur les antécédents et sur certains indices qui permettent de soupçonner une infestation.
- Il faut procéder à une recherche minutieuse des morpions adultes et de leurs oeufs (lentes), il faut rechercher des zones où il y a des croûtes et des lentes à la base des poils, les croûtes pouvant être des morpions adultes.
- Au besoin, on peut recueillir dans un pot des lentes ou des croûtes en vue d'un examen au microscope.

Prise en charge

- Le lavage à l'eau chaude (50 ^{o}C) ou le nettoyage à sec des vêtements et des objets contaminés tue les morpions, quel que soit leur stade de développement. On peut également placer ces vêtements et ces objets dans des sacs en plastique pendant 2 semaines.
- Il faut passer l'aspirateur sur les matelas.
- Il convient d'examiner et de traiter les partenaires sexuels, s'il y a lieu.

Traitement

Morpions

Laver la zone atteinte et appliquer un pédiculicide (crème, lotion ou shampoing) conformément aux instructions figurant sur l'emballage :

- Après-shampoing contenant 1 % de perméthrine OU shampoing/revitalisant contenant 0,33 % de pyréthrines et de butoxyde de pipéronyle OU shampoing de lindane à 1 %.
- Répéter après 7 à 10 jours.

Notes :

- La pédiculose des cils ne doit pas être traitée avec la perméthrine, la pyréthrine ou le lindane. Le traitement recommandé est un onguent ophtalmique occlusif appliqué sur les bords de la paupière, 2 fois par jour pendant 10 jours.
- L'hexachloro-gamma-benzène (lindane) peut entraîner une neurotoxicité. Il convient de suivre les instructions à la lettre afin de réduire le risque de toxicité. Ce produit est contre-indiqué chez les jeunes enfants, les femmes enceintes et allaitantes.
- L'après-shampoing à base de perméthrine est aussi efficace mais moins toxique que le lindane à 1 % et les taux de guérison sont > 80 %.
- Le prurit peut persister pendant plusieurs jours après le traitement.

GALE

Étiologie / Épidémiologie

- La gale est causée par *Sarcoptes scabiei*.
- Transmission :
  - souvent non sexuelle, par des contacts interpersonnels intimes, par exemple dans les familles
  - partage d'articles personnels (vêtements, literie)
  - transmission par contact sexuel possible : il faut habituellement plus qu'un contact bref
  - groupe le plus touché : les personnes âgées de 15 à 40 ans qui sont actives sexuellement.

Manifestations

- Prurit nocturne intense
- Sillons sous la peau
- Lésions plus ou moins symétriques, en particulier sur les mains (entre les doigts et sur les côtés des doigts) et les poignets; elles peuvent se trouver sur l'abdomen, les fesses, le haut des cuisses et les seins chez la femme
- Pyodermie du pénis

- Manifestations atypiques possibles (lésions croûteuses ou « exagérées ») chez les personnes infectées par le VIH.

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire

- On se fonde sur les données de l'interrogatoire, les indices qui permettent de soupçonner une infestation et l'examen.
- Au besoin, on peut gratter la peau au niveau d'un sillon afin d'en retirer l'acarien ou l'oeuf en vue d'identifier le sarcopte, ses selles ou les oeufs au microscope.
- On peut effectuer une coloration du sillon à l'encre : appliquer de l'encre à plume-réservoir ou un crayon-feutre sur une région de peau suspectée de gale, essuyer la peau avec de l'alcool, cela permet de visualiser le sillon qui reste teinté.

Prise en charge

- Laver les vêtements et la literie.
- Examiner et traiter le ou les partenaires sexuels, s'il y a lieu.
- Le prurit peut persister pendant plusieurs semaines. On peut administrer un nouveau traitement après une semaine s'il n'y a pas d'amélioration clinique. Par la suite, on ne doit traiter de nouveau que si l'on trouve des acariens vivants.

Traitement

Gale

- Crème de perméthrine à 5 % :
  - appliquer aux régions touchées à partir du cou en descendant; laisser pendant 8 à 12 heures, puis prendre une douche et mettre des vêtements propres
- OU hexachloro-gamma-benzène/lindane :
  - crème ou lotion à 1 %; utiliser comme la perméthrine
  - plus toxique que la perméthrine
  - contre-indiqué chez les jeunes enfants, les femmes enceintes et celles qui allaitent
- OU crème de crotamitone à 10 % (moins efficace que la perméthrine ou le lindane) :
  - appliquer tous les soirs x 2 et rincer à fond 24 heures après la dernière application
- OU gelée de pétrole contenant 5 % de souffre (moins efficace que la perméthrine ou le lindane) :
  - appliquer tous les soirs x 3 et rincer à fond 24 heures après la dernière application

Note :

- Une dose unique d'ivermectine, 200 µg/kg par voie orale OU une solution topique à 0,8 % est une modalité thérapeutique potentielle qui est particulièrement utile pour les patients immunodéprimés ou qui ont des symptômes réfractaires.
- Chez les femmes enceintes perméthrine est le seul produit qui devrait être utilisé.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Les morpions et la gale ne doivent PAS obligatoirement être déclarés aux autorités sanitaires locales.
- La notification des parasitoses externes aux partenaires n'est PAS obligatoire mais préférable.

Suivi

- Effectuer un suivi uniquement si celui-ci est cliniquement nécessaire.

MTS ET GROSSESSE

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Dépistage

- On devrait inviter toutes les femmes enceintes à subir un test de dépistage du VIH accompagné d'un counselling pré et post-test.
- Toutes les femmes enceintes qui ont, ou ont eu, des comportements à risque élevé devraient faire l'objet d'un dépistage de la chlamydiose et des infections gonococciques.
- Les femmes enceintes qui présentent les caractéristiques suivantes courent un risque accru de contracter la syphilis :
  - moins de 25 ans
  - utilisatrices de drogues injectables
  - travailleuses de l'industrie du sexe
  - vivant dans la rue
  - provenant d'une région où la syphilis est endémique, ou ayant eu des relations sexuelles avec une personne provenant d'une telle région
- Le dépistage de l'HBs Ag est fortement recommandé pour les femmes enceintes à risque; tous les enfants nés de mères positives pour l'HBs Ag devraient faire l'objet d'une immunisation active ET passive (voir *Hépatite B*, page 136). L'immunisation contre le virus de l'hépatite B permet de prévenir efficacement l'infection.

Traitement

- Le traitement des MTS chez les femmes enceintes et chez les mères qui allaitent doit faire l'objet d'une attention spéciale.
- Il est crucial pour la protection des nourrissons nés de mères infectées par le VIH d'amorcer le traitement antirétroviral durant la grossesse, car cela permet de réduire de façon marquée le risque de transmission du VIH de la mère au foetus.
- Les médicaments suivants sont **contre-indiqués** :
  - estolate d'érythromycine
  - sulfaméthoxazole (au cours du troisième trimestre)
  - fluoroquinolones
  - podophylline/ podophyllotoxine, 5-FU
  - doxycycline/tétracycline
  - l'hexachlo-gamma-benzène/ lindane
  - interférons.
- Chez une femme enceinte, il est important d'assurer un suivi après le traitement d'une MTS pour en confirmer l'efficacité.

- L'hospitalisation est recommandée pour l'évaluation et le traitement d'une atteinte inflammatoire pelvienne chez les femmes enceintes. Cette affection est rare après le premier trimestre.

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE LA GROSSESSE

- Les femmes qui ont eu un avortement sont à risque plus élevé de MTS. On recommande de soumettre la patiente à un dépistage de MTS avant de procéder à une interruption de grossesse. Pour éviter toute complication en présence d'une vaginose bactérienne, on conseille de traiter cette affection avant l'avortement.

INSÉMINATION ARTIFICIELLE

- Les risques de transmission d'une MTS par le sperme du donneur sont faibles, car ces derniers font l'objet d'un dépistage systématique pour le VIH, le VHB, le VHC et la syphilis.
- Le sperme n'est utilisé qu'à condition que le dosage des anticorps anti-VIH répété après 6 mois se soit révélé négatif.
- De surcroît, la procédure de sélection initiale et répétée des donneurs de sperme doit inclure au minimum :
  - un relevé des antécédents de comportements à risque
  - un prélèvement d'échantillons d'urine ou urétral pour la recherche de *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis.*

PRISE EN CHARGE DES MTS DURANT LA GROSSESSE

Note : Les maladies sont classées par ordre alphabétique et non selon le risque qu'elles présentent pour la mère ou l'enfant.

Chlamydiose (*C. trachomatis*)

Mère infectée OU mère en contact avec une personne infectée	Lorsqu'il y a un risque pour le nouveau-né
■ traitement : amoxicilline, 500 mg *per os* 3 fois par jour pendant *7 jours* OU érythromycine, 2 g/jour, *per os*, en doses fractionnées, pendant *7 jours*[a,b] ■ pour les autres schémas thérapeutiques, voir page154 ■ l'amoxicilline est préférable à l'érythromycine, car elle présente moins d'effets secondaires et, le traitement étant mieux suivi, son efficacité est supérieure ■ contrôle : 1 semaine post traitement	■ prophylaxie pour la conjonctivite gonococcique du nouveau-né (voir page 139) ■ traitement à l'érythromycine de la chlamydiose chez le nouveau-né (la posologie varie selon le poids de l'enfant à la naissance, voir page 140).

Notes :

(a) Les doses d'érythromycine s'appliquent à l'érythromycine base. On peut les remplacer par des doses équivalentes d'autres formules (SAUF l'estolate, qui est contre-indiquée durant la grossesse). Si la patiente a été traitée à l'érythromycine ou à l'amoxicilline, il est conseillé de répéter les tests à la fin du traitement.

(b) Jusqu'à présent, il existe peu de données sur le recours à l'azithromycine durant la grossesse, mais de nombreux experts considèrent ce médicament sûr dans ce contexte.

Condylomes et infections génitales au virus du papillome humain (VPH)

Mère infectée	Mère en contact avec une personne infectée	Lorsqu il y a un risque pour le nouveau-né
■ cytologies vaginales régulières (voir page 55)	■ encourager l'utilisation du condom en tout temps	■ l'infection génitale au VPH peut être transmise au bébé à la naissance (rare)
■ colposcopie en présence de condylomes du col utérin ou si cela est indiqué en raison d'une dysplasie de l épithélium malpighien à la cytologie vaginale	■ effectuer une cytologie vaginale si la patiente n'en a pas subi un au cours des 12 mois antérieurs	■ une papillomatose respiratoire récurrente peut survenir, mais cela est rare

■ éviter : podophylline, podophyllotoxine, 5-FU. ■ préférer : cryothérapie, acide bi- ou trichloroacétique ■ la césarienne ne doit être effectuée que pour des raisons d'ordre obstétrical		■ en présence d'une infection génitale au VPH chez un enfant, envisager la possibilité d'un abus sexuel (voir page 233).

Ectoparasitoses

Mère infectée	Lorsqu'il y a un risque pour le nouveau-né
Pédiculose pubienne (morpions) :	
■ laver la zone touchée, appliquer une formule pédiculicide (après-shampooing contenant de la perméthrine à 1 % OU shampooing revitalisant contenant 0,33 % de pyréthrine et du butoxyde de pipéronyle) conformément aux instructions figurant sur l'emballage; répéter après 7 à 10 jours.	■ surveiller les symptômes et les signes lorsque l'affection a été diagnostiquée chez la mère avant l'accouchement
Gale :	
■ appliquer de la crème de perméthrine à 5 % sur les zones touchées du corps, du cou jusqu aux orteils, et laisser en place de 8 à 12 heures.	■ surveiller les symptômes et les signes lorsque l'affection a été diagnostiquée chez la mère avant l'accouchement ■ lorsque la gale chez la mère a été diagnostiquée et traitée avant l'accouchement, mais est toujours symptomatique au moment de l'accouchement, traiter avec de la crème de perméthrine à 5 %.

Hépatites transmises sexuellement

Infection par le virus de l'hépatite A (VHA)

Mère infectée	Mère en contact avec une personne infectée	Lorsqu'il y a un risque pour le nouveau-né
■ prophylaxie avec les gammaglobulines pour les contacts familiaux ■ considérer la vaccination	■ lorsqu'il y a contact ou risque, il n'y a aucune contre-indication à recourir aux gamma-globulines ou au vaccin contre l'hépatite A	■ surveiller les signes et les symptômes ■ prophylaxie lorsqu'il y a risque de contracter une infection au VHA.

Infection par le virus de l'hépatite B (VHB)

Mère infectée	Mère en contact avec une personne infectée	Lorsqu'il y a un risque pour le nouveau-né
■ documenter le diagnostic et organiser le traitement du nouveau-né	■ lorsqu'il y a contact ou risque, il n'y a aucune contre-indication à administrer les HBIG ou le vaccin contre l'hépatite B	■ surveiller les signes et les symptômes ■ risque d'hépatite chronique ≥ 90 % ■ administrer les HBIG dans les 12 heures suivant la naissance (pour la posologie, voir page 136) ■ veiller spécialement à administrer les trois doses prévues étant donné qu'une exposition à long terme est possible et qu'il pourrait être difficile de joindre la famille pour la troisième dose ■ faire un contrôle du titre d'anti-HB un à deux mois après la série vaccinale contre l'hépatite B.

Infection par le virus de l'hépatite C (VHC)

Mère infectée	Mère en contact avec une personne infectée	Lorsqu'il y a un risque pour le nouveau-né
■ évaluer l'admissibilité au traitement ■ risque plus élevé de progression ■ lorsque la mère utilise des drogues injectables, discuter du problème et insister sur la réduction des méfaits : – passer à des formes plus sûres d'administration de drogues – ne pas partager les seringues et les pailles, participer à des programmes d'échanges de seringues et d'aiguilles, et recourir à d'autres sources de matériel stérile – thérapie d'entretien à la méthadone pour les héroïnomanes ■ informer la mère du risque de transmission au nouveau-né (environ 5 % supérieur si la mère est simultanément infectée par le VIH) et du risque théorique de transmission durant l'allaitement	■ lorsque la mère utilise des drogues injectables, discuter du problème et insister sur les façons de réduire les méfaits	■ surveiller les signes et les symptômes ■ effectuer un suivi rigoureux de la mère et du nourrisson, quel que soit le succès apparent du programme de réduction des méfaits ■ soumettre le nourrisson à un test par "PCR" s'il a moins de 12 mois, ou à un dépistage des anticorps s'il a plus de 12 mois ■ lorsqu'une infection au VHC est documentée – vaccin contre l'hépatite B – vaccin contre l'hépatite A après l'âge d'un an – informer la mère des risques que court son enfant d'être exposé à des agents toxiques à répétition (p. ex. drogues, alcool).

Infections génitales au virus *Herpes simplex* (VHS)

- On devrait conseiller aux femmes enceintes ayant des antécédents d'infection au VHS de discuter du traitement approprié avec les dispensateurs de soins.

Mère infectée	Mère en contact avec une personne infectée	Lorsqu'il y a un risque pour le nouveau-né
■ rechercher des lésions, des signes et des symptômes ■ la césarienne n'est recommandée que pour les femmes présentant des lésions génitales actives ■ le risque de transmission au bébé est beaucoup plus élevé au moment de la primo-infection que lors des récurrences ■ lorsque les avantages surpassent les risques, traiter les lésions primaires et les lésions récurrentes précoces avec de l'acyclovir, le médicament semble sûr durant la grossesse (pour la posologie, voir page 187) ■ le recours à un traitement suppressif des épisodes à la fin du troisième trimestre est actuellement à l'étude	■ lorsque le partenaire sexuel masculin a des antécédents d'infection au VHS et que les tests sérologiques de la femme sont négatifs, le risque d'infection primaire est élevé – envisager un traitement suppressif pour le partenaire masculin durant toute la durée de la grossesse – conseiller le recours à des pratiques sexuelles sûres – discuter du risque de transmission lors des relations sexuelles orales	■ le nourrisson court des risques lorsque la mère présente des antécédents d'infection génitale au VHS ■ le risque de transmission est de 40 à 50 % plus élevé au moment de l'infection primaire que lors d'une récurrence ■ procéder à un écouvillonnage des lésions chez la mère au moment de l'accouchement en vue d'une culture du VHS ■ procéder à un écouvillonnage chez le nouveau-né (peau, bouche, yeux, rectum) après 24 à 48 heures, en vue d'une culture du VHS, et continuer à surveiller les signes et les symptômes chez le nouveau-né ■ si l'infection du nouveau-né par le VHS pose problème, consulter un collègue expérimenté dans le domaine le plus tôt possible

Infections gonococciques (*N. gonorrhoeae*)

Mère infectée OU mère en contact avec une personne infectée	Lorsqu'il y a un risque pour le nouveau-né
■ traitement : céfixime, 400 mg *per os* en dose unique PLUS amoxicilline, 500 mg *per os* 3 fois par jour pendant 7 jours OU érythromycine, 2 g/jour en doses fractionnées pendant au moins 7 jours (OU en cas d'intolérance, érythromycine, 1 g/jour en doses fractionnées pendant 14 jours) [(a)] ■ pour les autres traitements, voir page 165 ■ contrôle post-traitement	■ prophylaxie contre la conjonctivite gonococcique du nouveau-né (voir page 139) ■ pour une infection oculaire active, amorcer un traitement à la ceftriaxone, 50 à 100 mg/kg/jour IV ou IM (l'administration d'une dose unique est parfois suffisante si l'hémoculture est négative); consulter un collègue expérimenté dans le domaine le plus tôt possible.

Note :
(a) L'estolate d'érythromycine est contre-indiquée.

Syphilis (*T. pallidum*)

Mère infectée OU mère en contact avec une personne infectée	Lorsqu'il y a un risque pour le nouveau-né
■ traitement : pénicilline benzathine G, 2,4 à 7,2 millions U, IM (la posologie varie selon le stade de la maladie, voir page 177) ■ pour les patients allergiques, voir *Désensibilisation à la pénicilline*, page 178.	■ risque élevé de mortinaissance en présence d'une infection maternelle non traitée ■ si une syphilis congénitale est possible, consulter un collègue expérimenté dans le domaine.

Trichomonase

Mère infectée OU mère en contact avec une personne infectée	Lorsqu'il y a un risque pour le nouveau-né
■ métronidazole, 2 g *per os* en dose unique OU 250 mg *per os* 2 fois par jour pendant une semaine **Note** : Certains experts éviteraient encore d'utiliser le métronidazole au cours du premier trimestre. Une solution alternative moins efficace est le clotrimazole.	■ la trichomonase peut être transmise à un nourrisson de sexe féminin à la naissance mais l'infection évolue spontanément vers la guérison.

Vaginose bactérienne

- La vaginose bactérienne n'est pas une MTS, mais se rencontre souvent chez les personnes à risque de MTS.

Prise en charge d'une mère infectée

Cas asymptomatique	Cas symptomatique
■ le dépistage peut se révéler utile entre la 12e et la 16e semaine dans les cas de grossesse à haut risque (p. ex. antécédents de rupture prématurée des membranes, de fausse couche, de mortinaissance, d'endométrite, d'accouchement prématuré et mise au monde d'un enfant de petit poids)	**Troisième trimestre** (un traitement *per os* est recommandé[a]) **:** ■ métronidazole, 500 mg *per os* 2 fois par jour pendant 7 jours[b] **Autres trimestres :** ■ clindamycine, 300 mg *per os* 2 fois par jour pendant 7 jours OU ■ crème de clindamycine à 2 %, 5 g, application intravaginale pour la nuit, pendant 5 jours OU
■ lorsque le test est positif, traiter comme un cas symptomatique[c]	■ gel de métronidazole à 0,75 %, application intravaginale 2 fois par jour pendant 5 jours

Notes :
(a) On devrait recourir au traitement par voie orale pour prévenir les infections sub-cliniques de la membrane chorio-amniotique.
(b) Conseiller aux patientes de ne PAS consommer de boissons alcooliques durant le traitement au métronidazole ainsi que dans les 48 heures qui suivent afin de prévenir les réactions de type « antabuse ».
(c) Faire un nouvel examen pour détecter la réapparition de la vaginose bactérienne dans les cas où l'affection a été détectée et traitée.

INFECTION À VIH ET GROSSESSE

- **On peut réduire le risque de transmission du VIH aux nourrissons (de 80 %) en identifiant les femmes qui peuvent être infectées sans le savoir et en amorçant par la suite un traitement antirétroviral.**

Offre universelle du test anti-VIH et du counselling

- On devrait offrir à toutes les femmes enceintes le test de détection des anticorps anti-VIH, accompagné des services de counselling pré et post-test.
- Les tests sélectifs fondés sur un questionnaire ou sur une échelle d'identification des risques sont inacceptables. Les médecins devraient systématiquement inviter leurs patientes qui sont enceintes ou qui prévoient concevoir un enfant à subir un test.

- Tous les tests devraient être :
  - administrés avec le consentement éclairé de la mère
  - accompagnés d'un counselling pré-test et post-test
  - précédés d'une discussion sur les avantages et les inconvénients, pour les individus et pour la grossesse, à passer le test anti-VIH pendant la grossesse.
- La discussion sur le test de détection du VIH devrait se faire **le plus tôt possible** afin d'augmenter au maximum la gamme des choix possibles pour la prise en charge de la grossesse.
  - Les mères infectées non traitées transmettent le virus à leur enfant dans 25 % des cas.
  - Ce risque peut être réduit de 80 % avec une prise en charge appropriée de la patiente au cours de la grossesse, en phase intrapartum et postnatale.
  - L'expérience acquise au Canada a révélé qu'une grande majorité d'enfants infectés par le VIH sont nés de mères qui n'avaient pas été soumises à un test de dépistage.

Première consultation

- Expliquer que le test est volontaire.
- Expliquer les avantages et les inconvénients de subir le test durant la grossesse.
- Préciser les divers types de test offerts dans la région (p. ex. test nominal, non nominal et anonyme).
- Aborder la question de la confidentialité des résultats du test dans le contexte du cabinet et des activités cliniques, et de la communication des résultats aux partenaires.
- Discuter du stress lié à l'attente des résultats, et des éventuelles réactions au moment de l'annonce des résultats.
- Discuter de la possibilité d'une participation du partenaire au processus.
- Prévoir une nouvelle consultation et expliquer la nécessité d'un suivi pour obtenir les résultats du test.
- On déterminera si un nouveau test est nécessaire durant la grossesse d'après l'évaluation continue du risque présenté par la patiente d'après le risque permanent que court la patiente.
- Si la patiente décide de ne pas subir le test, consigner son refus et les raisons invoquées.
- Discuter des moyens de prévention et explorer certaines méthodes précises qui permettraient à la patiente d'éviter ou de réduire les comportements à risque.

Prise en charge

- Les femmes infectées par le VIH auront besoin de counselling pour déterminer si elles veulent interrompre ou poursuivre leur grossesse. Les raisons qui peuvent influer sur leur décision peuvent varier.
- Il est extrêmement important d'aborder ces questions d'une façon impartiale. La femme devrait être pleinement informée des conséquences de l'infection au VIH pour elle-même, de même que des effets que celle-ci aura sur sa grossesse et des risques que court le bébé.
- On devrait offrir un traitement antirétroviral aux femmes qui décident de poursuivre leur grossesse.
- Les femmes qui choisissent de ne pas se faire traiter risquent beaucoup de transmettre le VIH; il faut dans ces cas prendre les mesures suivantes :
  - test de dépistage précoce chez le nourrisson
  - suivi étroit de la mère et de l'enfant
  - voir *Infection à VIH chez les enfants*, page 210.

- **Comme la prise en charge de l'infection à VIH durant la grossesse est une question complexe et que les lignes directrices sur le traitement évoluent rapidement, on recommande de consulter un collègue ayant de l'expérience dans la prise en charge de l'infection à VIH.**

Traitement

L'infection au VIH est un problème de plus en plus complexe et les traitements optimaux évoluent à mesure que de nouveaux résultats de recherche sont diffusés. On devrait donc faire des recommandations à une patiente donnée en collaboration avec un collègue qui connaît bien les effets du VIH/sida chez les femmes.

- Une combinaison de traitements a permis de réduire la transmission du virus aux nouveau-nés de 25 à 8 % :
  - monothérapie à la zidovudine (AZT) amorcée entre la 14^{e} et la 34^{e} semaine et poursuivie jusqu'à l'accouchement
    PLUS zidovudine par injection intraveineuse durant le travail et l'accouchement
    PLUS zidovudine *per os* au nourrisson pendant 6 semaines.
- Si la femme enceinte amorce un traitement antirétroviral durant sa grossesse, on doit lui offrir une association d'antirétroviraux qui tienne compte de la toxicité potentielle pour le foetus, la monothérapie étant maintenant considérée comme inadéquate pour traiter l'infection au VIH.
- Il faut bien expliquer à la patiente en quoi consiste le traitement durant la grossesse, et les médicaments devraient être choisis en fonction de la meilleure information disponible sur leur toxicité au moment du traitement.

ABUS ET AGRESSIONS SEXUELS

ABUS SEXUELS DES ENFANTS

Définition

- L'abus sexuel est défini comme l'exploitation sexuelle d'un enfant, qu'il y ait consentement ou non. L'abus sexuel comprend l'exhibitionnisme, les attouchements, l'agression sexuelle et l'exploitation sexuelle d'un enfant à des fins de prostitution ou de pornographie. L'enfant victime d'abus sexuels peut contracter des MTS par des rapports sexuels oro-genitaux, génitaux ou ano-génitaux.

Épidémiologie

- L'abus sexuel ds 'enfants et l'agression sexuelle contre des enfants sont des phénomènes fréquents qui surviennent dans toutes les couches de la société.

Facteurs influant sur la probabilité de transmission sexuelle d'un pathogène pouvant causer une infection génitale

- La persistance des MTS transmises par voie périnatale varie selon les pathogènes. On ne dispose d'aucune donnée certaine à ce sujet, pour aucun pathogène.
- La probabilité qu'une MTS diagnostiquée chez un enfant ait été transmise par suite de rapports génitaux, oro-génitaux ou ano-génitaux varie également selon les pathogènes.

La probabilité qu'une infection notée chez un nourrisson soit due à un abus sexuel plutôt qu'à la persistance d'une infection périnatale devrait être sérieusement envisagée dans les cas suivants :

- infection à *Neisseria gonorrhoeae* chez un enfant âgé > 1 mois et surtout > 6 mois
- infection génitale ou rectale à *Chlamydia trachomatis* chez un enfant > 6 mois, bien que ce genre d'infection transmise durant la période périnatale puisse coloniser le nourrisson pour une période pouvant atteindre 3 ans
- condylomes génitaux ou périanaux chez un enfant > 18 mois et surtout > 2 ans, bien que l'âge le plus avancé auquel une infection périnatale par le virus du papillome humain puisse manifester ses premiers symptômes ne soit pas bien connu.

- infection génitale ou périanale par le virus de l'*Herpes simplex* chez les enfants > 3 mois, bien que d'autres voies de transmission doivent également être considérées
- infection génitale à *T. vaginalis* chez les enfants > 6 mois, bien que la transmission puisse se faire par voie non sexuelle
- ulcération génitale due au chancre mou au-delà de la période néonatale (le premier mois) et, surtout, > 6 mois, bien que la transmission puisse également se faire par voie non sexuelle

Note : La présence d'une vaginose bactérienne et des cultures positives de *Gardnerella* (il ne s'agit pas d'un test diagnostique pour la vaginose bactérienne) ne justifient pas, à elles seules, un diagnostic d'abus sexuel.

Indications pour le dépistage des MTS

- Les enfants victimes d'un abus sexuel susceptible de transmettre une MTS (p. ex. ceux qui ont eu des rapports génitaux, oro-génitaux ou ano-génitaux) devraient faire l'objet d'un examen.
- Lorsqu'une MTS ou un cas d'abus sexuel a été diagnostiqué chez un enfant, les autres enfants qui risquent d'avoir été victimes d'abus (les frères ou les soeurs, les membres du ménage, les proches) devraient également faire l'objet d'un examen.
- **Le dispensateur de soins primaires EST TENU de signaler à l'organisme local responsable de la protection de l'enfance tout cas soupçonné ou attesté d'abus sexuel à l'égard d'un enfant.**

Orientation

- Il est fortement recommandé de référer les cas d'abus sexuel à une équipe multidisciplinaire composée d'intervenants ayant de l'expérience dans le domaine des abus sexuels à l'égard d'enfants (voir la liste des *Centres pour les enfants atteints de MTS*, à la page 271) parce que l'enfant est alors examiné à des fins médicales et judiciaires, et parce que l'évaluation doit être effectuée avec la plus grande compétence et le plus grand tact.

Évaluation

- Une personne dont le rôle est d'aider l'enfant devrait être présente pendant l'entrevue et l'examen.
- Tous les résultats obtenus et les mesures prises (résultats du questionnaire, de l'examen physique et des épreuves de laboratoire) doivent être soigneusement consignés (voir la section *Preuve médico-légale et services de médecine légale*, page 267).
- Pour éviter de traumatiser davantage l'enfant, il faut lui expliquer la méthode d'évaluation et obtenir son consentement.

Entrevue

- L'entrevue n'est utile que si l'enfant maîtrise assez le langage pour pouvoir décrire des événements ou des symptômes avec précision.
- Encourager l'enfant à décrire les événements dans ses propres mots.
- Essayer de savoir si l'agresseur a tenté, par des menaces ou autrement, d'empêcher l'enfant de révéler les détails de l'agression.
- Faire comprendre à l'enfant qu'on le (la) croit et qu'il (elle) sera protégé(e).
- Ne pas porter de jugement.
- Employer des mots que l'enfant peut comprendre.
- Demander à l'enfant de décrire ce qui s'est passé; utiliser au besoin des objets inanimés, comme des poupées.
- Éviter les questions tendancieuses.

Évaluation du développement et des antécédents médicaux

- Faire un relevé aussi complet que possible.
- Prendre soin de relever les antécédents périnatals – notamment les MTS chez la mère.
- S'informer du nombre d'accidents, de blessures, de brûlures, d'ébouillantages et d'épisodes d'ingestion de médicaments ou d'autres produits ménagers qui peuvent s'être produits. Cela peut être révélateur d'autres formes de sévices ou de négligence.
- Faire une évaluation complète du développement de l'enfant.
- Faire un bilan complet des fonctions, incluant les MTS antérieures, les changements ou les problèmes du comportement général, et recueillir de l'information sur l'assiduité scolaire ou les problèmes à l'école.

Antécédents sociaux et familiaux

- Obtenir une description détaillée de la structure familiale.
- Faire le relevé complet des problèmes médicaux des parents, proches et éloignés.
- Noter tous les épisodes antérieurs de MTS, de sévices sexuels ou physiques, d'abus de drogues ou d'alcool, ou de stress familial, comme les problèmes financiers.

Examen physique

- L'examen physique peut être une expérience traumatisante pour certains enfants victimes d'abus sexuels. C'est pourquoi il importe de bien préparer l'enfant et de créer une atmosphère détendue.
- Il faut rechercher, en plus de preuves des abus sexuels, des signes de violence physique ou de négligence.

- L'examen doit être complet et comprendre l'évaluation des paramètres de croissance ainsi qu'une évaluation neurologique.
- Confirmer les événements qui ont eu lieu en demandant à l'enfant, pendant l'examen physique, d'indiquer les endroits où on l'a touché(e) et ceux où il (elle) ressent de la douleur.
- Évaluer le développement sexuel de l'enfant (voir *l'Échelle de maturité sexuelle de Tanner*, à la page 263).
- Bien examiner la peau et relever tout signe récent ou passé de traumatismes ou de marques. Si l'agression est récente (quelques heures), effectuer une nouvelle évaluation après 24 à 48 heures, les ecchymoses ou autres types de blessures pouvant prendre du temps à se manifester.

Examen des organes génitaux

- Il faut expliquer à l'enfant en quoi consiste l'examen et lui permettre de regarder et de manipuler les instruments susceptibles de servir à l'examen.
- Il faut porter attention aux zones habituellement associées aux activités sexuelles : la bouche, les seins, la région vaginale, les fesses, le rectum et le pénis. On recherchera des signes de traumatisme ou d'infection comme de l'érythème, des abrasions, de l'inflammation et des pertes.
- Les lésions du pénis sont habituellement évidentes; il est rare que des lésions au pénis ou au prépuce aient une cause naturelle.
- La zone périanale et l'anus doivent être examinés chez les patients des deux sexes. Il faut écarter les fesses et examiner le sphincter anal à la recherche de signes d'abrasions, de meurtrissures ou de déchirures. D'ordinaire, le sphincter contracté assure une assez bonne fermeture de l'orifice anal. On note parfois un relâchement du sphincter chez les enfants qui souffrent de constipation chronique et grave ou d'anomalies neurologiques mettant en cause la région sacrée, et, parfois, chez les enfants victimes d'abus sexuels. Comme il s'agit d'une question complexe, il est recommandé, en cas de doute, de consulter un collègue avec expertise dans le traitement des enfants victimes d'abus.
- L'examen de la région vaginale chez les fillettes d'âge préscolaire peut habituellement se faire pendant que l'enfant est sur les genoux d'un de ses parents ou d'une assistante qui maintient les jambes de l'enfant écartées dans la position dite « de la grenouille ». Les fillettes plus âgées peuvent être examinées sur une table d'examen standard sans toutefois utiliser les étriers, en décubitus dorsal et en position génupectorale. Il faut inspecter la région vaginale avec soin et écarter les lèvres pour bien examiner l'orifice vaginal. Chez les fillettes impubères, lorsqu'on écarte les grandes lèvres, on peut ordinairement voir les petites lèvres qui masquent l'ouverture du vagin.

Il faut rechercher les indices suivants :

- inflammation, irritation, abrasions, contusions à l'intérieur des jambes ou dans la région périnéale
- cicatrices ou déchirures des petites lèvres
- cicatrices de la fourchette postérieure
- quantité réduite ou absence de tissu hyménal avec élargissement de l'ouverture hyménale
- cicatrices, déchirures ou déformation de l'hymen
- écoulement vaginal purulent ou autre
- présence d'ulcères avec ou sans douleur
- présence de condylomes, leur emplacement, leur taille et leur apparence.

- Il peut être utile de photographier toutes les anomalies constatées à l'examen physique, notamment les contusions ou les abrasions génitales, qui pourraient servir ultérieurement de preuves médico-légales.

Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire

- On ne devrait soumettre les enfants victimes d'abus sexuels ou leurs frères et soeurs à des tests de détection des MTS que si les antécédents ou les signes physiques laissent croire que l'enfant a subi des rapports sexuels oraux, génitaux ou rectaux.
- Dans les cas d'agression grave, le prélèvement d'échantillons à des fins médico-légales doit respecter le protocole établi pour les cas d'agression sexuelle (voir la section *Preuve médico-légale et services de médecine légale*, à la page 267).
- Afin de perturber l'enfant le moins possible, les échantillons nécessaires devraient être prélevés au cours de la même consultation. Si l'abus sexuel soupçonné est survenu dans les 72 heures précédant la première évaluation, les tests microbiologiques devraient être reportés étant donné la possibilité de résultats faussement négatifs. L'intervalle idéal pour le prélèvement d'échantillons après une agression grave chez les patients non traités de façon empirique ne fait pas l'unanimité. En règle générale, les échantillons sont prélevés de 3 à 10 jours après l'incident. Dans les cas d'abus chroniques ou lorsque l'incident remonte à plus de 72 heures, des échantillons devraient être prélevés au moment de l'examen physique initial.
- Les isolats de *N. gonorrhoeae* doivent être envoyés à un laboratoire de référence pour le typage des souches et la réalisation d'un antibiogramme.
- Le risque de transmission de MTS chez les enfants victimes d'abus sexuels dépendent de la prévalence des MTS dans la collectivité, des risques de MTS auxquels est exposé l'agresseur, de même que de l'ampleur et de la nature des sévices subis.

- Il est parfois impossible de procéder à un examen complet. Dans ce cas, l'examen devrait à tout le moins comprendre un test de détection de *C. trachomatis*. Il faut aussi prescrire des tests de détection de *N. gonorrhoeae* si on sait que l'agresseur présumé en est porteur, si le taux de prévalence de *N. gonorrhoeae* est élevé dans la collectivité et si l'enfant présente des pertes vaginales ou un écoulement urétral.
- Même si elles ne sont utilisées que depuis peu dans ce contexte, beaucoup d'experts estiment à présent que les techniques d'amplification des acides nucléiques (p. ex., "PCR ou LCR") à partir d'un échantillon d'urine sont les plus indiquées pour la détection de *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*, à cause de leur grande sensibilité (données recueillies auprès de sujets adultes) et du fait qu'elles sont bien acceptées par les patients (moins douloureuses). Pour *N. gonorrhoeae* la culture est préférable, si possible. Si non possible, les techniques d'amplification d'acides nucléiques devraient être utilisées. Si on a recours à ces techniques d'amplification, pour les deux pathogènes il faut procéder à une deuxième analyse de confirmation à l'aide d'amorces différentes.
- Dans la mesure du possible, il faut soumettre le ou les agresseurs (présumés) à des tests de dépistage des MTS.

Notes :

- Tous les échantillons doivent être munis d'une étiquette portant le nom du patient et le site de prélèvement pour qu'il n'y ait aucune confusion quant à l'origine de l'échantillon. Le site de prélèvement et le type d'échantillon doivent être consignés dans le dossier médical.
- Le laboratoire doit être prévenu que les échantillons proviennent d'un cas suspect d'abus ou d'agression sexuelle afin que tout soit mis en oeuvre pour que les échantillons soient traités de façon optimale. Pour des raisons d'ordre médico-légal, les méthodes de laboratoire utilisées pour la détection des micro-organismes et les résultats obtenus doivent être soigneusement consignés. Tous les échantillons doivent être conservés de façon à pouvoir être utilisés de nouveau si d'autres tests s'avéraient nécessaires.
- Voir la section *Preuve médico-légale et services de médecine légale*, à la page 267.
- Plusieurs MTS peuvent être présentes. Si possible, toutes les cultures et épreuves suivantes devraient être effectuées :

Site/échantillon	Intervention
Urine (sujets de sexe masculin et féminin)	■ recherche de *T. vaginalis* ■ recherche de *C. trachomatis* et de *N. gonorrhoeae* si le test d'amplification des acides nucléiques peut être effectué, voir *Diagnostic en laboratoire*, à la page 64

Site/échantillon	Intervention
Si on ne dispose pas d'urine pour procéder à l'amplification des acides nucléiques : **Urètre** (garçons) : ■ Il est difficile de faire un écouvillonnage urétral chez le garçon impubère à cause de la douleur provoquée par l'intervention et du petit diamètre de l'urètre. Pour des raisons pratiques, le prélèvement devrait donc plutôt se faire au niveau du méat à l'aide d'un fin écouvillon monté sur une tige de métal souple. On fait tourner l'écouvillon dans le méat au lieu de l'introduire dans l'urètre.	■ culture de *N. gonorrhoeae*[a] ■ recherche de *C. trachomatis*[b] ■ culture de VHS[c]
Vagin (filles)[d] : ■ Les prélèvements vaginaux peuvent être effectués sans l'aide d'un spéculum chez une enfant détendue. Tant qu'on ne touche pas l'anneau hyménal, l'introduction de l'écouvillon dans le vagin ne provoque habituellement que peu de sensation, sinon aucune. L'examen au spéculum s'impose rarement; s'il est indiqué chez une enfant impubère, il doit être effectué sous anesthésie générale. ■ Il faut mouiller à l'avance les écouvillons utilisés pour effectuer des prélèvements afin d'atténuer l'inconfort de l'intervention. ■ Si l'on doit recourir à des tests d'amplification des acides nucléiques pour rechercher *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*, il est préférable d'utiliser la technique du lavage vaginal plutôt que de procéder à des écouvillonnages vaginaux multiples.	■ culture de *N. gonorrhoeae*[a] ■ recherche de *C. trachomatis*[b] ■ coloration de Gram des frottis, préparation à l'état frais, préparation de KOH à 10 % pour (voir pages 56; 60) : – "clue cells" et odeur d'amine – pH – levure ■ culture de *T. vaginalis* ou, si c'est impossible, préparation à l'état frais ■ culture du VHS[c]

Site/échantillon	Intervention
Pharynx	■ culture de *N. gonorrhoeae*[a] ■ recherche de *C. trachomatis*[i]
Rectum	■ culture de *N. gonorrhoeae*[a] ■ recherche de *C. trachomatis*[b] ■ culture du VHS[c]
Ulcères génitaux	■ culture du VHS ■ culture de *H. ducreyi* (rare). Si soupçonné, en aviser le laboratoire (voir page 60) ■ examen d'exsudat pour *T. pallidum*
Condylomes génitaux	■ évaluation clinique avec biopsie et confirmation histologique. Le typage n'offre guère d'avantage, compte tenu de l'état actuel de nos connaissances, et il est rarement disponible.
Échantillons de sérum	■ détection de la syphilis[e] ■ détection du VIH[f] ■ détection du VHB[g], VHC[h] ■ échantillon surgelé à conserver

Notes du tableau, pages 238-240 :

(a) Pour des raisons d'ordre médico-légal, c'est la culture de *N. gonorrhoeae* qui est la méthode de diagnostic privilégiée; la méthode PCR est aussi acceptable. Les épreuves autres que la culture ne sont pas recommandées. Bien que leur résultat puisse servir à orienter la thérapie lorsqu'il est impossible de procéder à des cultures, ces épreuves ne conviennent pas à des fins judiciaires.

(b) Pour des raisons d'ordre médico-légal, on privilégie la culture de *C. trachomatis* ou l'amplification des acides nucléiques par polymérase comme méthodes de diagnostic d'une infection à *C. trachomatis* plutôt que d'autres tests sans culture. Les nouvelles analyses d'urine par amplification des acides nucléiques (p. ex. "PCR ou LCR") sont plus sensibles que les cultures; elles sont extrêmement spécifiques et sont plus facilement acceptées par les patients. Lorsqu'on recourt à des tests d'amplification des acides nucléiques pour détecter une chlamydiose, il faut en confirmer les résultats à l'aide d'une deuxième série d'amorces. Il existe peu de données sur la performance de la PCR effectuée à partir d'échantillons prélevés dans la région rectale. Il est établi que la culture de *Chlamydia*, à partir d'échantillons prélevés dans cette région, donne de bons résultats. L'EIA ou l'IFD NE sont PAS des méthodes acceptables parce qu'ils donnent un taux élevé de faux positifs dans des populations où l'on observe une faible prévalence de *C. trachomatis*.

(c) Des cultures du VHS doivent être effectuées lorsqu'il y a inflammation.

(d) Chez les fillettes impubères, on NE doit PAS procéder à des cultures du col utérin. Les prélèvements cervicaux pour la recherche de *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* deviennent nécessaires chez les adolescentes aux stades III et IV de l'échelle de Tanner (voir *l'Échelle de maturité sexuelle de Tanner*, à la page 263).

(e) Facultatif selon les circonstances de l'abus sexuel et la prévalence de la syphilis dans la collectivité. Dans les cas d'agression grave, un nouveau test devrait être effectué 12 semaines après le premier examen.

(f) Facultatif selon les circonstances de l'abus sexuel, la prévalence du VIH dans la collectivité et le risque que l'agresseur soit porteur du VIH. Dans les cas d'agression grave, un nouveau test devrait être effectué 12 semaines après le premier examen. Il faut offrir à la victime des services de counselling avant et après le test (voir page 203).

(g) Facultatif selon les circonstances de l'abus sexuel, la prévalence de l'hépatite B dans la collectivité et le risque d'infection au VHB que présente l'agresseur. S'il s'agit d'une agression grave, un nouveau test devrait être effectué 12 semaines après le premier examen. Si on sait que l'agresseur est porteur de l'HBs Ag, des immunoglobulines anti-hépatite B et un vaccin contre l'hépatite B devraient être administrés au patient ou à la patiente.

(h) Facultatif puisque le virus de l'hépatite C se transmet rarement par contact sexuel.

(i) Ce test est optionnel et doit être utilisé pour la gestion du patient et non pour déterminer l'origine de l'infection car l'infection à Chlamydia peut demeurer dans le pharynx jusqu'à 4 à 6 mois après la naissance.

Prise en charge et traitement

- Pour plus de précisions sur l'antibiothérapie contre une infection précise, se reporter à la section sur la MTS en cause.
- On recommande d'administrer le vaccin contre l'hépatite B (à moins que l'enfant ne soit déjà immunisé) :
  - administrer les immunoglobulines anti-hépatite B de préférence dans les 48 heures suivant l'incident; l'efficacité du vaccin diminue s'il est administré plus de 7 jours après l'agression. Commencer la série de vaccins contre l'hépatite B.
- Dans les cas d'agression sexuelle brutale, on peut offrir un traitement empirique :
  - si on sait que l'agresseur est infecté OU
  - à la demande du patient, de ses parents ou de son tuteur.

Le traitement choisi doit être efficace contre *N. gonorrhoeae, C. trachomatis* et la syphilis en phase d'incubation :

- céfixime, 8 mg/kg *per os* en dose unique (max. 400 mg)
  PLUS azithromycine, 15 mg/kg *per os* en dose unique (max. 1 g)
  OU
  érythromycine, 40 mg/kg/par jour *per os* en doses fractionnées (max. 500 mg 4 fois par jour) pendant 7 jours.

- L'administration d'un traitement prophylactique après l'exposition au VIH est controversée :
  - Les données dont on dispose sont fondées sur l'exposition professionnelle au VIH par l'entremise d'une personne qu'on sait porteuse du virus.
  - Certains experts recommandent l'administration d'un traitement prophylactique quand on sait que l'agresseur est porteur du VIH.
  - Il est souhaitable de consulter un collègue expérimenté dans ce domaine.
- Si la victime risque d'être enceinte, l'administration de la « pilule du lendemain » est à envisager.
  - Deux comprimés d'Ovral doivent être pris à 12 heures d'intervalle (4 comprimés en tout), de préférence dans les 12 à 24 heures qui suivent le contact sexuel et, au plus tard, 72 heures après.
  - Ce schéma posologique est moins efficace après ce délai et complètement inefficace après 7 jours. Le taux d'échec regroupé est de 1,8 %. La dose totale ainsi administrée est de 200 µg d'éthinylestradiol et de 2 mg de norgestrel.

- Les antibiotiques pourraient nuire à l'efficacité de la « pilule du lendemain ». Lorsque les deux traitements sont utilisés, la prophylaxie pour MTS devrait être prise 24 heures après la prise de la « pilule du lendemain ».
  - si la victime consulte moins de 72 heures après l'agression et ne veut pas suivre une antibiothérapie à titre prophylactique, on peut l'inviter à subir des tests de détection des MTS après 72 heures.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Il faut signaler le cas d'enfants atteints de maladies à déclaration obligatoire (en vertu de la législation provinciale et territoriale) aux autorités sanitaires locales.
- Lorsque une MTS est diagnostiquée, une recherche des contacts sexuels doit être effectuée.
- Les échantillons devraient être prélevés avec autant de soin sur les personnes ayant eu des contacts sexuels avec la victime que sur cette dernière.
- Les autorités sanitaires locales peuvent contribuer à la notification aux partenaires et à l'orientation de ces derniers pour qu'ils subissent une évaluation clinique, des tests, un traitement et reçoivent des services d'éducation sanitaire.

Suivi

- Les cultures de contrôle effectuées pour vérifier l'efficacité du traitement sont indiquées si on a détecté et traité une MTS.
  - Dans les cas de gonococcie et de trichomonase, il faut procéder à ce test 4 ou 5 jours environ après la fin du traitement. Dans les cas de gonococcie, il faut procéder à de nouvelles cultures à partir d'échantillons prélevés à tous les sites positifs.
  - On ignore quel est le meilleur moment pour prélever les échantillons destinés au contrôle de guérison bactériologique lorsque *C. trachomatis* a été détecté à l'aide de techniques d'amplification des acides nucléiques. En général, le contrôle se fait 4 semaines après la fin du traitement.
- Le traitement de suivi de la syphilis est le même chez l'enfant impubère que chez les patients adultes. (voir page 171).
- Effectuer au besoin une sérologie de contrôle de l'hépatite B, de la syphilis et du VIH (voir notes du tableau, page 241).
- La prise en charge des enfants victimes d'abus sexuels doit prévoir un soutien psychologique et social, tant pour l'enfant que pour les autres membres concernés de la famille.

AGRESSION SEXUELLE CONTRE LES ADOLESCENTS ET LES ADULTES

Définition

- L'agression sexuelle est définie comme le fait d'obliger quelqu'un à faire un acte sexuel, quel qu'il soit. L'agression sexuelle comprend la pénétration orale, vaginale et anale, la tentative de pénétration ou les voies de fait.

Épidémiologie

- Les femmes et les hommes peuvent être victimes d'agression sexuelle (pour les enfants, voir la section sur les *Abus sexuels des enfants*, page 233).
- Le risque de transmission de MTS sont généralement faibles, mais la victime d'une agression sexuelle peut contracter n'importe quelle MTS.

Évaluation

- Il faut faire preuve de beaucoup de tact au moment d'évaluer une personne victime d'agression sexuelle. L'examen ne doit pas être vécu comme une nouvelle agression psychologique ou physique.
- Il importe d'effectuer un examen complet pour détecter la présence de MTS et pour recueillir des preuves médico-légales, y compris des preuves de sévices physiques.
- Idéalement, l'évaluation devrait se faire dans un centre dont le personnel est habitué à évaluer les MTS chez les victimes d'agression sexuelle.

Questionnaire

- Contact sexuel incluant le type et site de pénétration
- Symptômes liés aux MTS

Examen

- Muqueuses orale et anale
- Organes génitaux
- Examen physique général, recherche d'écchymoses, de lésions, d'égratignures, etc.

Documentation

- Tous les résultats obtenus et mesures prises (interrogatoire, examen physique et épreuves de laboratoire) doivent être soigneusement consignés (voir *Preuve médico-légale et services de médecine légale*, page 267).

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire

- Dans les cas d'agression grave, le prélèvement d'échantillons à des fins médico-légales doit respecter le protocole établi pour les cas d'agression sexuelle (voir *Preuve médico-légale et services de médecine légale*, à la page 267).
- Afin de perturber le ou la patiente le moins possible, il faut prélever les échantillons nécessaires au cours de la même consultation. Si les échantillons sont prélevés moins de 72 heures après l'agression, il se peut que les épreuves donnent des résultats faussement négatifs. S'il existe un protocole dans l'établissement, on devrait le consulter.
- Les isolats de *N. gonorrhoeae* doivent être acheminés à un laboratoire de référence pour le typage des souches et la réalisation d'un antibiogramme.
- Le risque de transmission de MTS dépend de la prévalence de ces maladies dans la collectivité, des risques de MTS auxquels est exposé l'agresseur, de même que de l'ampleur et de la nature de l'agression.
- Il est parfois impossible de procéder à un examen complet. Dans ce cas, l'examen devrait à tout le moins comprendre un test de détection de *C. trachomatis* et de *N. gonorrhoeae*.
- Pour des raisons d'ordre médico-légal, c'est la culture de *N. gonorrhoeae* ou l'amplification des acides nucléiques effectuée pour détecter *C. trachomatis* qui sont les méthodes diagnostiques privilégiées par rapport aux épreuves sans culture.
  - Les nouvelles épreuves d'amplification des acides nucléiques (p. ex. "PCR ou LCR") sont plus sensibles que les cultures; elles sont en outre très spécifiques et plus facilement acceptées par les patients.
  - Lorsqu'on recourt à des techniques d'amplification des acides nucléiques pour détecter la chlamydiose, il faut en confirmer les résultats à l'aide d'une deuxième série d'amorces.
  - Il existe peu de données sur l'efficacité de l'amplification des acides nucléiques effectuée à partir d'échantillons prélevés dans la région rectale. Il est cependant établi que la culture de *Chlamydia* donne de bons résultats à partir d'échantillons rectaux.
  - L'EIA et l'IFD ne sont PAS des méthodes acceptables, parce qu'ils donnent un taux élevé de faux positifs dans des populations où l'on observe une faible prévalence.
- Dans la mesure du possible, le ou les agresseurs (présumés) devraient subir des tests de détection des MTS.

Notes :

- Tous les échantillons doivent être munis d'une étiquette portant le nom du patient et le site de prélèvement pour qu'il n'y ait aucune confusion quant à l'origine de l'échantillon. Le site de prélèvement et le type d'échantillon doivent être consignés dans le dossier médical.

- Le laboratoire doit être prévenu que les échantillons proviennent de victimes d'agressions sexuelles présumées, afin que tout soit mis en oeuvre pour que les échantillons soient traités de façon optimale. Pour des raisons d'ordre médico-légal, les méthodes de laboratoire utilisées pour la détection des micro-organismes et les résultats obtenus doivent être soigneusement consignés. Tous les échantillons doivent être conservés de façon à pouvoir être utilisés de nouveau si d'autres tests s'avèrent nécessaires.
- À la lumière des renseignements recueillis auprès du patient ou de la patiente, il peut être indiqué de recueillir d'autres échantillons (p. ex. échantillons de selles pour déceler la présence de parasites).
- Plusieurs MTS peuvent être présentes. Dans la mesure du possible, toutes les cultures et épreuves suivantes devraient être effectuées (voir tableau ci-dessous). Le site du prélèvement dépendra de la nature de l'agression.

Site/échantillon	Intervention
Urine (hommes et femmes)	■ recherche de *T. vaginalis*. ■ recherche de *C. trachomatis* s'il est possible de procéder à l'amplification des acides nucléiques (voir *Diagnostic en laboratoire*, (page 64).
Urètre (hommes) Région endo-cervicale (femmes)	■ coloration de Gram ■ culture de *N. gonorrhoeae*[a] et test de détection de *C. trachomatis*[b]
Vagin	■ coloration de Gram du frottis, préparation à l'état frais et préparation de KOH à 10 % (voir pages 60; 56) pour : – "clue cells" et odeur d'amine – pH – levures ■ culture de *T. vaginalis* ou, s'il est impossible de procéder à cette épreuve, préparation à l'état frais
Canal anal	■ culture de *N. gonorrhoeae*[a] ■ recherche de *C. trachomatis*[b]
Pharynx	■ culture de *N. gonorrhoeae*[a] ■ recherche de *C. trachomatis*[b]
Échantillons de sérum	■ détection de la syphilis[c] ■ détection du VIH[d] ■ détection du VHB[e], VHC[f] ■ échantillons surgelés à conserver.

Notes :

(a) Pour des raisons d'ordre médico-légal, la culture de *N. gonorrhoeae* est la méthode de diagnostic privilégiée, l'amplification des acides nucléiques est également acceptable. Les autres épreuves sans culture ne sont pas recommandées. En effet, bien que les résultats de ces tests puissent servir à orienter la thérapie lorsqu'il est impossible de procéder à des cultures, ils ne conviennent pas à des fins judiciaires.

(b) Pour des raisons d'ordre médico-légal, la culture de *C. trachomatis* ou l'amplification des acides nucléiques pour la détection de *C. trachomatis* sont les méthodes diagnostiques privilégiées par rapport aux autres épreuves sans culture. Les nouvelles analyses d'urine par amplification des acides nucléiques (p. ex. "PCR ou LCR") sont plus sensibles que les cultures; elles sont très spécifiques et sont plus facilement acceptées par les patients. Si on recourt aux techniques d'amplification des acides nucléiques de *Chlamydia*, il faut en confirmer les résultats à l'aide d'une deuxième série d'amorces. Il existe peu de données sur la performance de la "PCR" effectuée à partir d'échantillons prélevés dans la région rectale. Il est cependant établi que la culture donne de bons résultats à partir d'échantillons rectaux. L'EIA et l'IFD ne sont PAS des méthodes acceptables, parce qu'elles donnent un taux élevé de faux positifs dans des populations où l'on observe une faible prévalence de *C. trachomatis*.

(c) Facultatif selon les circonstances de l'agression et la prévalence de la syphilis dans la collectivité. Dans les cas d'agression grave, un nouveau test devrait être effectué 12 semaines après l'examen initial.

(d) Facultatif selon les circonstances de l'agression, la prévalence du VIH dans la collectivité et le risque que présente l'agresseur d'être infecté par le VIH. S'il s'agit d'une agression grave, un nouveau test devrait être effectué 12 semaines après l'examen initial. Il faut offrir à la victime des services de counselling avant et après le test (voir page 203).

(e) Facultatif selon les circonstances de l'abus sexuel, la prévalence de l'hépatite B dans la collectivité et le risque présumé que l'agresseur soit porteur du virus de l'hépatite B. S'il s'agit d'une agression brutale, un nouveau test devrait être effectué 12 semaines après l'examen initial. Si on sait que l'agresseur est porteur de l'HBs Ag, il faut administrer des immunoglobulines anti-hépatite B et un vaccin contre l'hépatite B.

(f) Facultatif puisque le virus de l'hépatite C se transmet rarement par contact sexuel.

Prise en charge

- Il est difficile de distinguer les MTS dont la victime souffrait déjà de celles qu'elle a pu contracter au moment de l'agression.

Consultation initiale

- Pour plus de précisions sur l'antibiothérapie contre une infection précise, se reporter à la section sur la MTS en cause.
- Il est recommandé d'administrer des immunoglobulines spécifiques et un vaccin contre l'hépatite B à moins que la victime ait déjà reçu ce vaccin.
- Dans les cas d'agression sexuelle brutale, on peut offrir un traitement empirique :
  - de façon systématique OU
  - si on sait que l'agresseur est infecté OU
  - à la demande du patient ou de la patiente, de ses parents ou de son tuteur.

Le traitement choisi doit être efficace contre *N. gonorrhoeae, C. trachomatis* et la syphilis en phase d'incubation :

- céfixime, 400 mg *per os* en dose unique
  PLUS azithromycine, 1 g *per os* en dose unique

  OU
- ceftriaxone, 125 mg, IM en dose unique
  PLUS azithromycine, 1 g *per os* en dose unique

- **Il faut offrir des services de counselling d'urgence et de soutien psychologique à la personne agressée et à son partenaire.**
- L'administration de médicaments à titre prophylactique après l'exposition au VIH est controversée :
  - Les données dont on dispose sont fondées sur l'exposition professionnelle au VIH par l'entremise d'une personne qu'on sait porteuse du virus.
  - Certains experts recommandent l'administration d'un traitement prophylactique quand on sait que l'agresseur est porteur du VIH.
  - Il est souhaitable de consulter un collègue expérimenté dans ce domaine.
- Si la victime risque d'être enceinte, envisager l'administration de la « pilule du lendemain » :
  - Deux comprimés d'Ovral doivent être pris à 12 heures d'intervalle (4 comprimés en tout), de préférence dans les 12 à 24 heures qui suivent le contact sexuel et, au plus tard, 72 heures après.
  - Ce schéma posologique est moins efficace après ce délai et complètement inefficace après 7 jours. Le taux d'échec regroupé est de 1,8 %. La dose totale ainsi administrée est de 200 µg d'éthinylestradiol et de 2 mg de norgestrel.

- Les antibiotiques pourraient nuire à l'efficacité de la « pilule du lendemain »; cette considération ne devrait pas empêcher la mise en route du traitement prophylactique contre les MTS 24 heures plus tard.
  - Si la victime consulte < 72 heures après l'agression et ne veut pas suivre une antibiothérapie à titre prophylactique, on peut l'inviter à subir des tests de détection des MTS après 72 heures.

Suivi

- Si aucun traitement n'a été prescrit au moment de la consultation initiale, revoir le ou la patiente après 7 à 14 jours.
- Si un traitement empirique a été administré, revoir le ou la patiente après 3 semaines.
- Interroger le ou la patiente au sujet des symptômes associés aux MTS. Procéder à un examen et prélever les échantillons voulus, au besoin.
- Effectuer au besoin une sérologie de contrôle de la syphilis et du VIH (voir notes du tableau, page 247).

CONSIDÉRATIONS PROPRES À DES GROUPES SPÉCIAUX

PERSONNES ATTEINTES DE MTS À RÉPÉTITION

Noyaux de transmetteurs

- Les MTS ne sont pas également réparties entre les diverses populations.
- Les « noyaux de transmetteurs » (petits sous-groupes identifiables dans lesquels la prévalence d'une maladie est élevée) peuvent être responsables de la propagation de cette maladie au sein d'une collectivité (p. ex. les jeunes de la rue, les travailleurs de l'industrie du sexe).
- Ces noyaux de transmetteurs représentent moins de 2 % des personnes à risque, mais sont directement ou indirectement responsables d'une plus forte proportion de cas.
- Les membres de ces groupes ont des caractéristiques sociodémographiques communes et sont souvent des porteurs asymptomatiques.

Personnes atteintes de MTS à répétition

- Ces personnes n'appartiennent pas toujours à des noyaux de transmetteurs, mais peuvent avoir des liens avec des membres de ces groupes – ce qui est tout aussi important pour l'incidence globale des MTS.
- Chaque nouvel épisode est habituellement une nouvelle infection.
- Une personne atteinte de MTS à répétition symptomatique et qui demande des soins médicaux à chaque épisode est moins susceptible de transmettre l'infection qu'une personne, symptomatique ou asymptomatique, appartenant à un noyau de transmetteurs, qui hésite à demander des soins médicaux.

Stratégies de contrôle

Voici quelques grandes stratégies visant à interrompre le cycle des MTS à répétition :

Éducation des patients

- Les membres de noyaux de transmetteurs et les personnes atteintes de MTS à répétition devraient faire l'objet de programmes intensifs d'éducation des patients lorsqu'ils consultent un médecin. Il faudrait notamment :

- S'assurer qu'ils comprennent bien le mode de transmission des MTS.
- Souligner les dangers qu'ils courent ou qu'ils font courir aux autres (en particulier aux femmes et aux nouveau-nés) à cause des complications aiguës et chroniques.
- Promouvoir la prévention, en insistant notamment sur la façon d'utiliser les condoms en latex (voir page 35).
- Souligner la nécessité d'éviter toute relation sexuelle non protégée tant avec des partenaires réguliers qu'avec des partenaires occasionnels, de consulter un médecin dès l'apparition de symptômes et d'observer rigoureusement le traitement.
- Faciliter l'accès aux condoms en latex. Les condoms féminins peuvent être préférables dans certains cas.
- Offrir un counselling en vue de changer les comportements.
- Inciter les partenaires réguliers à participer eux aussi au programme d'éducation et de counselling.
- Faire en sorte que les partenaires soient informés des risques qu'ils courent.
- Donner des conseils sur les effets de l'alcool et des autres drogues sur le comportement sexuel.
- Évaluer les problèmes liés à la santé psychologique et au contexte social (p. ex. problèmes financiers, violence conjugale) qui peuvent nuire à la prévention des MTS.

Dépistage

- Il faudrait promouvoir et faciliter le dépistage régulier des membres de noyaux de transmetteurs et des personnes atteintes de MTS à répétition.
- Il faudrait inciter les personnes qui ont des relations fréquentes à subir des examens mensuels au moment qui leur convient le mieux ou sans rendez-vous.

Extension des services sociaux

- Seuls certains programmes d'action sociale axés sur l'éducation, le diagnostic et le traitement ont des chances de réussir à court terme chez les membres des noyaux de transmetteurs et chez les personnes atteintes de MTS à répétition qui ne consultent pas de médecin.
  - Pour joindre les personnes concernées, il faut offrir des services d'information et des services cliniques dans les régions où les MTS peuvent poser un problème spécial – ces régions sont souvent géographiquement isolées, économiquement défavorisées ou densément peuplées, comme c'est le cas des centres-villes, des quartiers où l'utilisation de drogues illégales est courante (en particulier le « crack »), des réserves autochtones isolées, des enclaves militaires, des quartiers où il y a de la prostitution et des ports de mer.
  - Pour être efficaces, ces programmes doivent être soutenus par la collectivité et dispensés par des intervenants crédibles.

Éducation sur les MTS à l'intention du grand public

- À long terme, l'éducation dans les écoles et l'information du grand public auront un effet positif.
- La prise en charge des cas de MTS est fonction du traitement réservé à des questions sociales plus larges comme la pauvreté et la violence et de la diffusion à grande échelle d'information sur les MTS.
- Voir les *Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle*, Division de la prévention et de la lutte contre les MTS, Santé Canada, ministère des Approvisionnements et Services, Ottawa, 1994.

Notes :

- Il faudrait peut-être élaborer des stratégies de traitement souples pour prendre en charge les personnes atteintes de MTS à répétition qui résistent à d'autres stratégies.
- Parmi les stratégies possibles, mentionnons l'utilisation de médicaments oraux approuvés au lieu de médicaments injectables, l'amorce du traitement par le patient, l'amélioration de l'accès au traitement présomptif fondé sur le soupçon et la référence des patients (notification simplifiée aux partenaires).

Travailleurs de l'industrie du sexe

- Un grand nombre de travailleurs de l'industrie du sexe ont modifié leur comportement sexuel avec leurs clients et ont pu réduire grandement leurs risques à l'égard de la plupart des MTS en utilisant régulièrement des condoms en latex.
- Ils n'utilisent pas toujours le condom avec leurs partenaires sexuels habituels et leur conjoint et ceux-ci, souvent infectés, agissent comme un réservoir d'infection. Les partenaires devraient donc recevoir eux aussi un traitement et un suivi adéquats.

Certains travailleurs de l'industrie du sexe courent plus de risque au travail, notamment :

- les nouveaux venus dans la profession
- ceux qui sont mal informés
- les immigrants récents
- ceux qui travaillent de façon sporadique
- les travestis, les transsexuels
- ceux qui, moyennant un supplément d'argent, acceptent de ne pas utiliser de condoms
- les personnes souffrant de troubles psychiatriques graves
- les personnes qui ont des relations anales réceptives
- les personnes qui échangent des faveurs sexuelles contre de l'argent, de la drogue, un abri ou de la nourriture

- En outre, bon nombre de travailleuses du sexe deviennent enceintes et ne demandent pas de soins prénatals.

HOMMES QUI ONT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC LES HOMMES

- Des épidémies de syphilis, de gonococcie, d'herpès génital, de condylomes génitaux, d'hépatite B, d'hépatite A et d'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ont été documentées chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes.
- Au cours des 5 à 10 dernières années, sauf pour l'infection à VIH, l'incidence des MTS nouvellement contractées dans cette population a chuté à un niveau égal ou inférieur à celui de l'ensemble de la population sexuellement active. Le comportement à risque des jeunes hommes gais est cependant très préoccupant.

Histoire sexuelle

- Il est essentiel d'établir le relevé des antécédents sexuels du patient pour déterminer :
  - s'il a eu des relations sexuelles avec des partenaires du même sexe
  - le type et la fréquence des pratiques sexuelles
  - son niveau de risque à l'égard de certaines MTS.
- La meilleure façon de déterminer les antécédents sexuels est de poser des questions ouvertes, sans porter de jugement, en commençant par les grandes catégories d'orientation sexuelle et en passant ensuite à des pratiques sexuelles plus précises :
  - la question « Avez-vous des relations sexuelles avec des hommes, avec des femmes ou avec les deux? » peut être un bon point de départ.
- Voici quelques pratiques sexuelles courantes chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et qui sont associées à des risques élevés de MTS :
  - rapports ano-génitaux reçus et donnés
  - rapports oro-anaux (anilingus)
  - douche rectale associée à des rapports ano-génitaux reçus
  - rapports ano-manuels réceptifs (partenaire passif d'une relation anale où il y a insertion d'un doigt ou du poignet).
- La multiplication des partenaires sexuels anonymes n'est pas rare dans les saunas publics et a été corrélée au risque de MTS diverses, en particulier l'infection à VIH, l'hépatite B, l'hépatite A et la syphilis.

Examen physique

- En plus de faire un examen soigneux des organes génitaux et un examen extra-génital ciblé, il est particulièrement important d'examiner, chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes, les ganglions lymphatiques, la peau, la sclérotique, la cavité buccale, le pharynx et la région périanale.

- Les hommes symptomatiques qui ont des relations sexuelles avec les hommes et qui ont des rapports anaux réceptifs devraient être soumis à une anuscopie ou à une rectoscopie.

Épreuves de laboratoire

- Le choix des tests pour le **diagnostic** des MTS chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes est fondé sur le diagnostic différentiel du syndrome ayant motivé la consultation (p. ex. une rectite).
- Le choix des tests de **dépistage** des MTS est fondé sur les antécédents sexuels.
- Il est à noter que de nombreux organismes pathogènes peuvent provoquer des rectites, des rectocolites et des entérites transmises sexuellement chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et qu'il faut effectuer des tests de laboratoire qui ne sont habituellement pas associés à l'investigation des MTS (p. ex. examen parasitologique des selles).
- Il faut sérieusement envisager un dépistage du VIH, de l'hépatite B, de la gonococcie et de la syphilis chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Traitement et suivi

- Mêmes que pour les autres patients.

Prévention

- Les rapports sexuels anaux sont une activité à haut risque pour la transmission des MTS.
- On devrait recommander d'utiliser des condoms spécialement conçus pour les rapports sexuels anaux et d'assurer une lubrification adéquate.
- Il faudrait offrir les vaccins contre l'hépatite B et l'hépatite A aux hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes à cause du taux élevé d'infection dans cette sous-population (voir *Hépatite transmise sexuellement*, page 129).
- Pour rendre les rapports sexuels plus sûrs chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, on recommande notamment ce qui suit :
  - utiliser des condoms spéciaux pour les rapports anaux (voir ci-dessus)
  - éviter les rapports ano-manuels non protégés
  - éviter les rapports oro-anaux non protégés
  - tenir compte du fait que l'usage de drogues et d'alcool nuit à l'adoption d'un comportement sexuel à risques réduits
  - prendre conscience que le risque d'infection à VIH est élevé chez le patient ou ses partenaires.

VOYAGEURS

- Les voyageurs peuvent être plus susceptibles d'adopter des comportements sexuels qui augmentent les risques de contracter des MTS, incluant l'infection à VIH.
- Les dispensateurs de soins qui donnent des conseils aux voyageurs devraient ajouter à leurs recommandations générales touchant, par exemple, la vaccination ou la contamination de l'eau, des informations sur les risques de contracter des MTS, y compris l'infection à VIH, et les inciter fortement à prendre des mesures de prévention.

Risque

- Les voyageurs risquent davantage de contracter des MTS pour les raisons suivantes :
  - Pendant leur séjour à l'étranger, les voyageurs peuvent être parfois portés à avoir des relations sexuelles avec de nouveaux partenaires à cause de l'un ou de plusieurs des facteurs suivants : absence du (des) partenaires sexuels habituel(s), sentiment de bien-être lié à des vacances longuement attendues, perception de la facilité d'accès aux partenaires. Ce risque peut être accru par la consommation de drogues et d'alcool et par la facilité d'accès dans certains pays.
  - La prévalence de nombreuses MTS, dont l'infection à VIH, est très élevée chez les hommes et les femmes qui acceptent d'avoir des relations sexuelles de passage, particulièrement dans les pays en voie de développement. Dans de nombreux pays, la probabilité de contracter une infection à VIH ou une autre MTS dans le cadre de relations hétérosexuelles anonymes est de 10 à 100 fois plus élevée qu'au Canada.
  - Les pathogènes d'origine bactérienne contractés dans de nombreuses régions du monde, dont l'Asie du Sud-Est, l'Amérique du Sud et l'Afrique, risquent davantage de résister aux agents antimicrobiens couramment utilisés. Le traitement risque davantage d'échouer, et on recommande d'assurer un suivi du patient.
  - Certains tests courants de détection des anticorps anti-VIH pourraient ne pas permettre de détecter des souches de VIH de type 0, que l'on retrouve surtout en Afrique. Il peut y avoir plus de faux négatifs dans ces cas. Si cette situation est une possiblité pour un patient en particulier, il convient de communiquer avec le laboratoire.
  - Il n'est pas rare que les voyageurs qui ont des relations sexuelles non protégées soient infectés par des pathogènes multiples transmis sexuellement.
  - Plusieurs MTS contractées dans d'autres pays se voient rarement au Canada et peuvent poser des problèmes aux médecins canadiens sur le plan du diagnostic et du traitement (p. ex. ulcérations génitales, en particulier le chancre mou).

Prévention

Consultations préalables aux voyages

- Les dispensateurs de soins devraient aviser les voyageurs du risque de contracter des MTS. Ils devraient leur conseiller d'éviter les relations sexuelles de passage et de toujours utiliser le condom s'ils ont des relations sexuelles.
- Dans le cadre des conseils donnés aux voyageurs, il faudrait notamment :
  - leur indiquer comment ils peuvent réduire les risques en utilisant le condom de façon adéquate (voir *Utilisation du condom*, page 35)
  - leur conseiller d'apporter leurs propres condoms lorsqu'ils sont à l'extérieur et de les entreposer de façon à ce qu'ils ne s'endommagent pas.
- Les personnes dont le conjoint ou le(s) partenaire(s) sexuel(s) habituel(s) voyagent fréquemment peuvent courir des risques de contracter des MTS sans nécessairement le savoir.
- Dans certaines circonstances, l'immunisation contre l'hépatite B et l'hépatite A peut s'avérer judicieuse (voir *Hépatite B*, page 136).

Consultations au retour de voyage

- Il faudrait examiner les méthodes de prévention et cerner les obstacles à l'adoption de comportements préventifs ainsi que les moyens de les surmonter (voir *Prévention primaire des maladies transmises sexuellement*, page 31).
- Il faut rechercher une MTS.

ADOLESCENTS ET JEUNES DE LA RUE

Adolescents

- Les jeunes qui sont sexuellement actifs ont souvent des relations sériées monogames de courte durée
- C'est chez les filles de 15 à 19 ans que les taux de chlamydiose et d'infection gonococcique sont les plus élevés au Canada.
- La sensibilisation aux MTS, et notamment à l'infection à VIH, ne se traduit pas, en général, par l'adoption de pratiques sexuelles à risques réduits.
- 31 % des garçons et 21 % des filles de 14 ans et plus déclarent avoir eu au moins une relation sexuelle.
- 45 % des adolescents de 16 ans et plus déclarent avoir eu au moins une relation sexuelle.

Les risques de MTS sont plus élevés dans les groupes suivants :

- les jeunes de la rue
- les adolescentes enceintes ou celles qui subissent un avortement thérapeutique
- les contacts sexuels des personnes qui ont ou sont soupçonnées d'avoir une MTS
- des adolescents qui présentent des signes ou des symptômes d'urétrite, de cervicite, d'atteinte inflammatoire pelvienne, d'épididymite, de vaginite ou de vaginose, de condylomes ou d'ulcérations génitales
- les garçons présentant une pyurie
- les filles souffrant de douleurs abdominales basses.

- L'observance du traitement pose souvent un grave problème
  - le traitement en consultation externe doit être le plus simple possible
  - l'hospitalisation devrait être envisagée pour les infections graves telles que l'atteinte inflammatoire pelvienne.
- Il faudrait insister fortement sur le counselling éducatif en matière de MTS et de contraception dans le cadre de la prise en charge de tous les patients atteints d'une MTS, en particulier les adolescents; il est important de questionner régulièrement et souvent les adolescents sur leurs pratiques sexuelles.

Jeunes de la rue

- Ce sont des jeunes garçons et des jeunes filles **qui passent la majeure partie de leur temps dans les rues de la ville** (volontairement ou non).
- La plupart des centres urbains, quelle que soit leur taille, ont une population de jeunes de la rue.
- Plus de 95 % d'entre eux sont sexuellement actifs, ont un grand nombre de partenaires sexuels et font peu usage du condom.
- La prévalence des MTS est très élevée chez les jeunes de la rue qui sont des travailleurs de l'industrie du sexe: 40 à 50 % ont une MTS active.
- Ces jeunes présentent des risques élevés d'infection à VIH.
- Comme ils sont peu enclins à consulter un médecin, l'observance du traitement et le suivi peuvent poser un problème grave.
- Voir *Personnes atteintes de MTS à répétition*, page 251.

Cette population est hétérogène et compte :

- des sans-abri
- des chômeurs
- des jeunes délinquants
- des utilisateurs de drogues injectables et d'autres substances
- les travailleurs de l'industrie du sexe incluant le sexe de « survie », notamment ceux qui échangent des faveurs sexuelles pour de l'argent, de la drogue, un abri ou de la nourriture
- des jeunes ayant de nombreux problèmes nécessitant une référence vers un service approprié
- des jeunes présentant des problèmes d'alcool et de drogue, une carence nutritionnelle, un état dépressif et d'autres problèmes de santé mentale
- des jeunes ayant abandonné leurs études : l'absentéisme scolaire pourrait être un indicateur important pour l'identification des jeunes de la rue.

Aspects spéciaux de la prise en charge

- Chaque fois que des adolescents sexuellement actifs consultent un médecin, il faudrait envisager le dépistage des MTS et les inviter systématiquement à subir des tests de dépistage de l'infection à VIH.
- Il faudrait administrer un traitement empirique pour la chlamydiose ou la gonococcie en attendant les résultats des tests diagnostiques, s'il est indiqué de le faire sur le plan clinique ou épidémiologique.
- Il faudrait offrir le vaccin contre l'hépatite B à tous les adolescents non vaccinés. Il faudrait songer à leur faire subir des tests de détection de l'HBs Ag avant l'immunisation. Si l'observance du traitement ou le suivi sont incertains, la première dose du vaccin peut être administrée au moment où le sang est soumis au test de détection de l'HBs Ag.
- Il faudrait offrir le vaccin contre l'hépatite A aux adolescents qui courent davantage de risques de contracter cette infection (voir *Hépatite transmise sexuellement*, page 138).
- Il est bon de donner à ces groupes un traitement sous observation directe comportant une seule dose afin de s'assurer qu'ils s'y conforment.
- Des difficultés sont à prévoir en ce qui concerne la notification aux partenaires.
- Il est bon de donner des condoms ou de l'information sur les endroits où l'on peut s'en procurer.
- Informer sur les programmes gratuits d'échange de seringues et de distribution de condom.

Note : Les adolescents atteints de MTS ou d'une infection à VIH, en particulier les jeunes de la rue, forment un important « noyau de transmetteurs » qui contribuent grandement à la propagation de l'infection. Par conséquent, l'incidence et la prévalence de l'infection à VIH ont augmenté de beaucoup à l'intérieur de cette population et sont demeurés plus élevés que dans de nombreuses autres populations, où les taux ont baissé (voir *Personnes atteintes de MTS à répétition*, page 251).

ANNEXES

ANNEXE I :
ÉCHELLE DE MATURITÉ SEXUELLE DE TANNER

- Les cotes de maturité sexuelle ont remplacé les indicateurs traditionnels de la croissance comme la taille, le poids et l'épaisseur du pli cutané. Ces cotes se sont révélées utiles pour évaluer la croissance et le développement pendant l'adolescence.
- Le classement des patients peut se faire lors d'un examen physique général et n'exige aucune technique spéciale.
- L'échelle de développement est basée sur les caractéristiques sexuelles secondaires. Elle comporte 5 stades, le premier correspondant à l'enfant impubère et le cinquième, à l'adulte.

Chez les garçons : développement des organes génitaux

Stade 1 :	Préadolescence. La taille des testicules, du scrotum et du pénis, et leurs proportions sont à peu près les mêmes que dans la première enfance.
Stade 2 :	Augmentation du volume des testicules et du scrotum avec modification de la peau du scrotum qui rougit et change de texture. Peu ou pas d'augmentation de la taille du pénis.
Stade 3 :	La taille du pénis augmente, d'abord surtout en longueur. Le volume des testicules s'accroît ainsi que celui du scrotum.
Stade 4 :	Le pénis s'allonge et s'élargit, et le gland se développe. La croissance des testicules et du scrotum se poursuit, et la peau du scrotum se pigmente.
Stade 5 :	Les organes génitaux ont la taille et la morphologie caractéristiques des hommes adultes.

Chez les filles : développement des seins

Stade 1 :	Préadolescence. Seul le mamelon est surélevé.
Stade 2 :	Bourgeon mammaire. Légère saillie du sein et du mamelon. Le diamètre de l'aréole augmente.
Stade 3 :	Le diamètre de l'aréole et des seins augmente davantage, de même que le volume des seins; l'aréole n'est pas surélevée.
Stade 4 :	Saillie de l'aréole et du mamelon, qui forment une protubérance secondaire sur le sein.
Stade 5 :	Sein adulte. Seul le mamelon fait saillie, l'aréole étant sur le même plan que le contour général du sein.

Chez les deux sexes : poils pubiens

Stade 1 :	Préadolescence. Il n'y a pas plus de poils sur le pubis que sur la paroi abdominale (c.-à-d., absence de poils pubiens)
Stade 2 :	Apparition de poils longs et légèrement pigmentés, clairsemés, droits ou légèrement bouclés, principalement à la base du pénis et le long des grandes lèvres.
Stade 3 :	Les poils sont beaucoup plus sombres, plus drus et plus bouclés; ils sont clairsemés sur le mont de Vénus.
Stade 4 :	Les poils sont de type adulte, mais forment sur le pubis un triangle de dimension inférieure à celui des adultes. Les poils ne s'étendent pas à la surface interne des cuisses.
Stade 5 :	La quantité et le type des poils sont ceux que l'on retrouve chez l'adulte, et leur répartition est horizontale (ou de type féminin « classique » chez les femmes). Les poils s'étendent à la face interne des cuisses mais pas le long de la ligne blanche ni ailleurs au-dessus de la base du triangle inversé (la croissance des poils au-dessus de la ligne blanche survient plus tard, et on parle alors du stade 6).

ANNEXE II : SENSIBILITÉ ET SPÉCIFICITÉ DES ÉPREUVES DE LABORATOIRE

Principes généraux

- La sensibilité et la spécificité sont strictement des mesures de la fiabilité d'un test. Elles n'ont AUCUN RAPPORT avec la prévalence de la maladie dans la population.
  - Sensibilité : parmi toutes les personnes atteintes de la maladie qui ont subi le test, combien ont eu des résultats positifs?
  - Spécificité : parmi toutes les personnes ne souffrant pas de la maladie qui ont subi le test, combien ont eu des résultats négatifs?
- Les valeurs prédictives dépendent quant à elles de la prévalence de la maladie dans la population. Elles déterminent l'utilité d'un test auprès d'une population donnée.
  - Valeur prédictive positive (VPP) : parmi toutes les personnes qui ont obtenu un résultat positif, combien ont effectivement la maladie?
  - Valeur prédictive négative (VPN) : parmi toutes les personnes qui ont obtenu un résultat négatif, combien n'ont pas la maladie?

Exemples

- On évalue un nouveau test servant au diagnostic de la chlamydiose dans une clinique pour adolescents : 2 000 jeunes filles subissent le test, dont 200 ont la maladie (prévalence de 10 %)

		Maladie		
		+	–	Total
Test	+	190	50	240
	–	10	1750	1760
	Total	200	1800	2000

Sensibilité	190/200	= 95,0 %
Spécificité	1750/1800	= 97,2 %
VPP	190/240	= 79,2 %
VPN	1750/1760	= 99,4 %

- On décide de mettre ce nouveau test à l'essai dans une clinique de médecine familiale : 2 000 femmes subissent le test, dont 20 ont la maladie (prévalence de 1 %)

		Maladie		
		+	–	Total
Test	+	19	55	74
	–	1	1925	1926
	Total	20	1980	2000

Sensibilité	19/20	= 95,0 %
Spécificité	1925/1980	= 97,2 %
VPP	19/74	= 25,7 %
VPN	1925/1926	= 99,9 %

- Dans un milieu où la prévalence de la maladie est moins élevée, le test garde la même sensibilité et la même spécificité, mais sa VPP chute de 79,2 % à 25,7 %. Ainsi, dans la clinique de médecine familiale, seulement 19 (25,7 %) des 74 femmes ayant eu des résultats positifs, avaient effectivement la maladie. **Ce risque d'obtenir des résultats faussement positifs est particulièrement important dans le cas des MTS à cause des éventuelles conséquences que de tels résultats peuvent avoir pour les contacts des sujets et les relations de couple et à cause de leur impact si les personnes testées sont des enfants**.

ANNEXE III : PREUVE MÉDICO-LÉGALE ET SERVICES DE MÉDECINE LÉGALE

Preuve médico-légale

- La preuve médico-légale joue un rôle précieux en étayant le témoignage des victimes d'agression sexuelle.
- L'analyse médico-légale des échantillons prélevés vise à établir s'il y a eu :
  - association quelconque entre la victime et l'accusé
  - contact sexuel
  - violence ou recours à la force, dans le cas d'une agression, ce qui dénote l'absence de consentement.

Analyses médico-légales les plus utiles dans les cas d'agression sexuelle :

- Identification de l'auteur de l'agression par le sperme ou d'autres liquides organiques
- Analyse de l'ADN à des fins médico-légales
- Examen microscopique de cheveux et de poils
- Évaluation des dommages causés à des produits textiles
- Examen de fibres et d'autres éléments de preuve en quantité infime.

- Il est parfois impossible de prélever certains échantillons en vue d'une analyse médico-légale. La possibilité du prélèvement dépend du sexe de l'auteur du délit, de la nature des actes commis (attouchements ou pénétration) et du temps écoulé entre l'événement et l'examen. Si plus de 48 heures se sont écoulées ou si on a lavé les régions du corps en cause dans l'agression sexuelle, il sera plus difficile de prélever des échantillons et d'établir une preuve médico-légale solide.
- Lorsqu'on prélève des échantillons à des fins médico-légales dans le but d'établir l'identité de l'agresseur, il faut suivre certaines directives rigoureuses. C'est en effet essentiel pour que les renseignements recueillis soient acceptés sans réserve par le tribunal. Il faut porter particulièrement attention à la façon dont les échantillons sont prélevés, à leur étiquetage et à leur identification, et obtenir le consentement écrit. Pour plus de précisions sur le prélèvement des échantillons en vue d'une analyse médico-légale, on doit consulter les autorités policières locales (voir la liste des *Laboratoires judiciaires*, page 270).

Prélèvement des échantillons

- **Les médecins ont besoin de se familiariser avec la trousse médico-légale avant de l'utiliser.**
- Pour prélever les échantillons, il faut utiliser une trousse approuvée d'examen des victimes d'agression sexuelle (trousse médico-légale) et suivre à la lettre les instructions qui l'accompagnent.

- Il faut tenter de prélever des échantillons de sperme (matériel intact) dans toutes les localisations possibles à l'aide d'écouvillons de coton stériles qu'on laisse ensuite sécher à l'air. Le laboratoire judiciaire utilisera ces échantillons pour la numération des spermatozoïdes, les dosages de la phosphatase acide et le typage génétique.
- Il faut prélever un échantillon de sang de la victime à l'aide d'une lancette automatique et de papier spécial fourni dans les trousses médico-légales approuvées.
- Tout liquide résiduel provenant des zones touchées, telles que le vestibule du vagin, doit être prélevé par aspiration. L'instrument idéal à utiliser à cette fin chez les enfants est un compte-gouttes stérile.
  - Avant de procéder à l'aspiration, la zone doit être humidifiée avec 1 à 2 ml de sérum physiologique stérile et non bactéricide pour les échantillons qui doivent être mis en culture. Pour les épreuves sans culture, on peut utiliser de 1 à 2 ml de solution physiologique non bactéricide stérile ou d'eau distillée non bactéricide. Si on utilise un sérum physiologique, les échantillons peuvent être examinés au microscope pour déceler les spermatozoïdes mobiles.
  - Tout résultat positif indique qu'une activité sexuelle a eu lieu dans les 6 heures précédant l'examen. L'eau distillée stérile peut immobiliser les spermatozoïdes. Un frottis du matériel obtenu, par coloration à l'éosine-fuchsine permet de détecter tout spermatozoïde présent lorsqu'on l'examine avec un grossissement x 1000.
  - Il est essentiel d'obtenir une confirmation du laboratoire judiciaire pour garantir l'acceptation de la preuve par le tribunal.
- La présence confirmée de salive sur le corps ou les vêtements de la victime d'abus ou d'agression sexuelle apportera une corroboration.
  - L'amylase salivaire peut être détectée des jours et même des semaines après le dépôt.
  - Des échantillons peuvent être prélevés avec n'importe quel écouvillon de coton propre. L'écouvillon doit être légèrement imprégnée d'eau distillée et frotté sur la zone concernée du corps ou du vêtement. Il faut ensuite le laisser sécher, puis l'emballer et l'étiqueter.
  - Si l'enfant ou l'adulte n'indique pas avec précision quelles zones ont été touchées, on doit prélever des échantillons sur les zones les plus souvent touchées (le cou, la poitrine, le ventre, la zone génitale, le pénis, les cuisses et les fesses). Un écouvillon distinct doit être utilisé pour chaque zone et étiqueté en conséquence. Les zones adjacentes doivent être écouvillonnées pour fournir des échantillons témoins.
- Il faut faire preuve de jugement pour décider de la pertinence de ces recherches. Il est inutile en effet de prélever ce genre d'échantillons si l'événement remonte à plusieurs semaines ou si les zones critiques ont été lavées depuis.

- Le corps de la victime et les vêtements qu'elle portait au moment de l'événement doivent être soigneusement examinés pour y déceler toute trace (matériel étranger laissé par l'agresseur). Parmi les articles couramment recherchés figurent les cheveux et les poils, les fibres de vêtements, les lubrifiants, la gelée de pétrole et le rouge à lèvres. Tout matériel suspect doit être prélevé à l'aide d'une pince et inséré dans le creux d'un papier propre plié qu'on placera dans une enveloppe distincte dûment étiquetée.
- Si la victime de l'agression ou de l'abus sexuel est pubère, il faut peigner les poils pubiens et insérer les poils qui se détachent dans une feuille de papier pliée qu'on placera dans une enveloppe distincte et étiquetée. Les cheveux et les poils ne peuvent servir de preuves que lorsqu'on peut les comparer à des échantillons prélevés sur l'auteur présumé de l'agression. Il faut prélever plusieurs échantillons de cheveux et de poils non seulement sur le suspect, mais également sur la victime.
  - Un échantillon de poils pubiens d'origine connue doit comprendre au moins 30 poils qui doivent être obtenus en peignant différentes zones de la région pubienne.
  - Un échantillon de cheveux d'origine connue doit comprendre au moins 20 cheveux prélevés sur 5 régions différentes du cuir chevelu (le centre, le dessus et les deux côtés); il doivent être prélevés à l'aide d'un peigne.
  - Les poils pubiens ne doivent pas être arrachés.

Pour les tests d'ADN, il est essentiel que les échantillons comprennent la racine des cheveux. Si les échantillons de poils pubiens et de cheveux ne peuvent être obtenus en peignant différentes zones, **il n'est pas** recommandé de les arracher durant le premier examen, afin de ne pas traumatiser davantage la victime. Il est plutôt suggéré que l'échantillon soit complété à la prochaine visite.

Services de médecine légale

- Il existe partout au Canada des laboratoires judiciaires qui font des investigations et des recherches pour déceler des preuves d'agression ou d'abus sexuel.
- Ces services sont dispensés par la Gendarmerie royale du Canada, de même que par des corps policiers et d'autres organismes fédéraux, provinciaux, régionaux et municipaux.
- Les lois en vigueur obligent les médecins à signaler aux organismes locaux de protection de l'enfance tout cas d'enfant maltraité. Ces organismes travaillent en étroite liaison avec des membres des corps policiers qui connaissent bien les méthodes d'enquête sur les cas d'abus présumés ainsi que les services de laboratoires judiciaires disponibles.
- Les médecins NE doivent PAS envoyer eux-mêmes des échantillons au laboratoire judiciaire. Ils doivent plutôt s'adresser aux services de police.
- Les médecins qui désirent consulter des scientifiques sur des questions médico-légales peuvent le faire en s'adressant au laboratoire judiciaire le plus proche.

- La plupart des évaluations médico-légales ne comprennent pas la réalisation de tests de détection des MTS.

Laboratoires judiciaires

Nouvelle Écosse
Officer-in-Charge
Forensic Laboratory
Royal Canadian Mounted Police
3151 Oxford Street, P.O. Box 8208
Halifax (Nova Scotia)
Tél. : (902) 426-8886 Fax: (902) 426-5477

Québec
Laboratoire de sciences judiciaires et
de médecine légale
1701, rue Parthenais, C.P. 1500
Montréal (Québec) H2K 3S7
Tél. : (514) 873-2704 Fax: (514) 873-4847

Ontario
Director
Centre of Forensic Sciences
25 Grosvenor Street
Toronto (Ontario) M7A 2G8
Tél. : (416) 314-3200 Fax : (416) 314-3225

Officier scientifique responsable
Laboratoire judiciaire central
Gendarmerie Royale du Canada
1200, avenue Vanier, C.P. 8885
Ottawa (Ontario) K1G 3M8
Tél. : (613) 993-0986 Fax : (613) 952-7325

Laboratoire régional de sciences judiciaires
70, avenue Foster, Bureau 500
Sault Sainte-Marie (Ontario) P6A 6V3
Tél. : (705) 945-6550 Fax : (705) 945-6569

Manitoba
Officier responsable
Laboratoire judiciaire
Gendarmerie Royale du Canada
621, rue de l'Académie
Winnipeg (Manitoba) R3N 0E7
Tél. : (204) 983-4280 Fax : (204) 983-6399

Saskatchewan
Officer-in-Charge
Forensic Laboratory
Royal Canadian Mounted Police
P.O. Box 6500
Regina (Saskatchewan) S4P 3J7
Tél. : (306) 780-5810 Fax : (306) 780-7571

Alberta
Officer-in-Charge
Forensic Laboratory
Royal Canadian Mounted Police
15707 - 118th Avenue
Edmonton (Alberta) T5V 1B7
Tél. : (780) 451-7400 Fax : (780) 495-6961

Colombie-Britannique
Officer-in-Charge
Forensic Laboratory
Royal Canadian Mounted Police
5201 Heather Street
Vancouver (British Columbia) V5Z 3L7
Tél. : (604) 264-3405 Fax : (604) 264-3499

ANNEXE IV:
CENTRES POUR ENFANTS ATTEINTS DE MTS

- Cette liste des centres de traitement pour les enfants et les jeunes victimes d'abus sexuels n'est pas exhaustive. Elle peut toutefois servir d'outil de référence pour obtenir des renseignements plus précis sur les ressources locales.

Terre-Neuve et Labrador
Child Protection Team
Dr. Charles A. Janeway Child Health Centre
Janeway Place
St. John's (Newfoundland) A1A IR8
(709) 778-4607

Nouvelle-Écosse
Child Abuse Team
Izaak Walton Killam Hospital for Children
5850 University Avenue
Halifax (Nova Scotia) B3J 3Y9
(902) 424-3121

Nouveau-Brunswick
Child Protection Consultation Team
Moncton Hospital
135 MacBeath Avenue
Moncton (New Brunswick) E1C 6Z8
(506) 857-5331

Child Protection Team
Saint John Regional Hospital
P.O. Box 2100
Saint John (New Brunswick) E2L 4L2
(506) 648-6811

Québec
Clinique pour adolescents
Hôpital de Montréal pour enfants
1040, chemin Atwater
Montréal (Québec) H3Z 1X3
(514) 934-4481 ou (514) 934-4483

Comité de prévention de l'enfance maltraitée
Direction de la protection de la jeunesse
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
5415, boul. de l'Assomption
Montréal (Québec) H1T 2M4
(514) 252-3400, poste 3826

Clinique de pédiatrie socio-juridique
Hôpital Sainte-Justine
3175, chemin Côte Ste-Catherine
Montréal (Québec) H3T 1C5
(514) 345-4866 — 0 à 11 ans
(514) 345-4721 — 12 à 18 ans

Comité de protection de l'enfance
Centre hospitalier de l'Université Laval
2705, boul. Laurier
Ste-Foy (Québec) G1V 4G2
(418) 656-4141

Clinique médico-juridique
Centre hospitalier universitaire de l'Estrie
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4
(819) 346-1110, poste 14644

Ontario
Child Abuse Committee
Peel Memorial Hospital
20 Lynch Street
Brampton (Ontario) L6W 2Z8
(905) 451-1710

Child Protection Team
McMaster University Medical Centre
P.O. Box 2000, Station A
Hamilton (Ontario) L8N 3Z5
(905) 521-2100

Protection de l'enfance
Hôpital Hôtel-Dieu
166, rue Brock
Kingston (Ontario) K7L 5G2
(613) 544-3310, poste 2899

Gyne/Endo Clinic
Children's Hospital of Western Ontario
800 Commissioners Road East
London (Ontario) M6A 4G5
(519) 685-8484

Ontario (suite)
Child Abuse Team
Mississauga Hospital
100 Queensway West
Mississauga (Ontario) L5B 1B8
(905) 848-7100, Ext. 2516

Programme de protection de l'enfance
Hôpital des enfants de l'Est de l'Ontario
401, rue Smyth
Ottawa (Ontario) K1H 8L1
(613) 820-6464

Child Abuse Committee
Sarnia General Hospital
220 North Milton Street
Sarnia (Ontario) N7T 6H6
(519) 464-4500

Child Abuse Team
Scarborough Centenary Hospital
2867 Ellesmere Road
Scarborough (Ontario) M1E 4B9
(416) 281-7301

Chef de la pédiatrie
Hôpital général Saint Joseph
35, rue Algoma Nord
C.P. 3251
Thunder Bay (Ontario) P7B 5G7
(807) 343-2431

Suspected Child Abuse and Neglect Program
Hospital for Sick Children
555 University Avenue
Toronto (Ontario) M5G 1X8
(416) 813-6275

Child Abuse Team
North York General Hospital
4001 Leslie Street
Willowdale (Ontario) M2K 1E1
(416) 756-6000

Manitoba
Child Protection Centre
Children's Hospital of Winnipeg
Health Sciences Centre
685 William Avenue
Winnipeg (Manitoba) R3A 1R9
(204) 787-2811

Saskatchewan
Child Abuse Team
Regina General Hospital
1440 14th Avenue
Regina (Saskatchewan) S4P 0W5
(306) 766-4444

Child and Youth Service
Department of Psychiatry
University Hospital
103 Hospital Drive
Saskatoon (Saskatchewan) S7N 0W8
(306) 655-1000

Alberta
Child Abuse Program
Alberta Children's Hospital
1820 Richmond Road SW
Calgary (Alberta) T2T 6C7
(403) 229-7886

Department of Pediatrics
University of Alberta Hospital
2C-300 Walter McKenzie Health Centre
University of Alberta
Edmonton (Alberta) T6G 2B7
(780) 407-6370

Colombie-Britannique
Child Protection Services
Royal Columbian Hospital
330 East Columbian Street
New Westminster (British Columbia) V3L 3W7
(604) 520-4253

Children's Hospital
4480 Oak Street
Vancouver (British Columbia) V6H 3V4
(604) 875-2345

Sexual Assault Assessment Project
Department of Family Practice
University of British Columbia
5804 Fairview Avenue
Vancouver (British Columbia) V6T 1Z3
(604) 822-5431

Suspected Child Abuse and Neglect Team
Victoria General Hospital
35 Helmcken Road
Victoria (British Columbia) V8Z 6R5
(250) 727-4212

Territoires du Nord-Ouest
Director
Population Health
Department of Health and Social Services
Government of the Northwest Territories
6th Floor Centre Square Tower, P.O. Box 1320
Yellowknife (Northwest Territories) X1A 2L9
(867) 920-3231 Fax: (867) 873-0442

Nunavut–Territoires du Nord-Ouest
Chief Medical Health Officer
Department of Health and Social Services
Government of Nunavut, P.O. Box 800
Iqaluit (Northwest Territories) X0A 0H0
(867) 975-5700 Fax: (867) 975-5705

Yukon
Communicable Disease Officer
Yukon Communicable Disease Control
Department of Health and Social Services
Yukon Territorial Government
4 Hospital Road
Whitehorse (Yukon Territory) Y1A 3H8
(867) 667-8369 Fax: (867) 667-8349

ANNEXE V : DIRECTEURS PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX DES SERVICES DE LUTTE CONTRE LES MTS

- pour en savoir davantage sur la lutte contre les MTS, il est bon de consulter d'abord les autorités sanitaires locales ou le directeur provincial/territorial des services de lutte contre les MTS.

Terre-Neuve et Labrador
Director
Disease Control and Epidemiology
Department of Health and Community Services
P.O. Box 8700
St. John's (Newfoundland) A1B 4J6
Tél. : (709) 729-3430 Fax : (709) 729-5824

Île-du-Prince-Édouard
Provincial Epidemiologist
Department of Health
P.O. Box 2000, Jones Building
Charlottetown (Prince Edward Island)
C1A 7N8
Tél. : (902) 368-4996 Fax : (902) 368-4969

Nouvelle-Écosse
Provincial Medical Officer of Health
Department of Health
P.O. Box 488
Halifax (Nova Scotia) B3J 2R8
Tél. : (902) 424-8698 Fax : (902) 424-0506

Nouveau-Brunswick
Épidémiologiste provincial
Ministère de la Santé et des Services communautaires
C.P. 5100, Place Carleton
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8
Tél. : (506) 453-3092 Fax : (506) 453-2780

Québec
Direction
Protection de la santé publique
Ministère de la santé et des services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1S 2M1
Tél. : (418) 643-6390 Fax : (418) 528-2651

Ontario
Direction de la santé publique
Ministère de la Santé de l'Ontario
5700, rue Younge, 8e
North York (Ontario) M2M 4K5
Tél. : (416) 327-7429 Fax : (416) 327-7439

Manitoba
Unité de contrôle des maladies contagieuses
Direction de la santé publique
Ministère de la santé du Manitoba
4066-300 Carlton Street
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9
Tél. : (204) 788-6728 Fax : (204) 948-2040

Saskatchewan
Deputy Chief Medical Health Officer
Population Health Branch
Saskatchewan Health
3475 Albert Street
Regina (Saskatchewan) S4S 6X6
Tél. : (306) 787-3320 Fax : (306) 787-3237

Alberta
Disease Control and Prevention
STD Services
Alberta Health
23rd Floor, Telsus Plaza, North Tower
10025 Jasper Avenue
Edmonton (Alberta) T5J 2N3
Tél. : (780) 427-2830 Fax : (780) 422-2892

British Columbia
Director
STD/AIDS Control
BC Centre for Disease Control Society
655 West 12th Avenue
Vancouver (British Columbia) V5Z 4R4
Tél. : (604) 660-6178 Fax : (604) 775-0808

Territoires du Nord-Ouest
Director
Population Health
Department of Health and Social Services
Government of the Northwest Territories
6th Floor Centre Square Tower, P.O. Box 1320
Yellowknife (Northwest Territories) X1A 2L9
Tél. : (867) 920-3231 Fax : (867) 873-0442

Nunavut–Territoires du Nord-Ouest
Chief Medical Health Officer
Department of Health and Social Services
Government of Nunavut
P.O. Box 800
Iqaluit (Northwest Territories) X0A 0H0
Tél.: (867) 975-5700 Fax : (867) 975-5705

Territoire du Yukon
Communicable Disease Officer
Department of Health and Social Services
Yukon Communicable Disease Control
Yukon Territorial Government
4 Hospital Road
Whitehorse (Yukon Territory) Y1A 3H8
Tél. : (867) 667-8369 Fax : (867) 667-8349

ANNEXE VI : LABORATOIRES PROVINCIAUX

- Pour en savoir davantage sur le diagnostic en laboratoire des MTS, il est bon de consulter d'abord le laboratoire de votre localité ou le laboratoire de santé publique le plus près.

Terre-Neuve et Labrador
Director
Newfoundland Public Health Laboratories
The Leonard A. Miller Centre for
Health Services
100 Forest Road, P.O. Box 8800
St. John's (Newfoundland) A1B 3T2
Tél. : (709) 737-6568 Fax : (709) 737-7070

Nouvelle-Écosse
Director
Department of Pathology and Laboratory
Medicine
Queen Elizabeth Science Centre
5788 University Avenue
Halifax (Nova Scotia) B3H 1V8
Tél. : (902) 474-2231 Fax : (902) 473-4432

Île-du-Prince-Édouard
Director
Division of Laboratories
Provincial Health Laboratory
Queen Elizabeth Hospital
Riverside Drive, P.O. Box 6600
Charlottetown (Prince Edward Island)
C1A 8T5
Tél. : (902) 894-2300 Fax : (902) 894-2385

Nouveau-Brunswick
Directeur
Service de médecine de laboratoire
400, avenue de l'Université, C.P. 2100
Saint John (New Brunswick) E2L 4L2
Tél. : (506) 648-6501 Fax : (506) 648-6576

Québec
Directeur scientifique
Laboratoire de santé publique
20045, chemin Sainte-Marie ouest
Sainte-Anne-de-Bellevue (Quebec) H9X 3R5
Tél. : (514) 457-2070 Fax : (514) 457-6346

Laboratoires régionaux de l'Ontario
Directeur
Direction des services de laboratoire
Ministère de la Santé de l'Ontario
C.P. 9000, Succursale A
Toronto (Ontario) M5W 1R5
Tél. : (416) 235-5941 Fax : (416) 235-6063

Directeur
Laboratoire de santé publique d'Ottawa
2380, boul. Saint-Laurent
Ottawa (Ontario) K1G 6C4
Tél. : (613) 736-6800 Fax : (613) 736-6820

Directeur
Laboratoire de santé publique de
Peterborough
99 University Drive, C.P. 265
Peterborough (Ontario) K9J 6Y8
Tél. : (705) 743-6811 Fax : (705) 745-1257

Directeur
Laboratoire de santé publique de Kingston
C.P. 240
Kingston (Ontario) K7L 4V8
Tél. : (613) 548-6630 Fax : (613) 548-6636

Directeur
Laboratoire de santé publique de Hamilton
C.P. 2100
Hamilton (Ontario) L8N 3R5
Tél. : (416) 385-5379 Fax : (613) 521-7405

Directeur
Laboratoire de santé publique d'Orillia
C.P. 600
Orillia (Ontario) L3V 6K5
Tél. : (705) 325-7449 Fax : (705) 329-6001

Ontario (suite)
Directeur
Laboratoire de santé publique de London
C.P. 5704, Succursale A
London (Ontario) N6A 4L6
Tél. : (519) 455-9310 Fax : (519)455-3363

Directeur
Laboratoire de santé publique de Sudbury
2-1300, rue Paris
Sudbury (Ontario) P3E 6H3
Tél. : (705) 564-6917 Fax : (705) 564-6918

Directeur
Laboratoire de santé publique deTimmins
67, avenue Wilson
Timmins (Ontario) P4N 2S5
Tél. : (705) 267-6633 Fax : (705) 360-2006

Directeur
Laboratoire de santé publique de Windsor
C.P. 1616
Windsor (Ontario) N9A 6S2
Tél. : (519) 969-4341 Fax : (519) 973-1481

Directeur
Laboratoire de santé publique
de Thunder Bay
336, avenue Syndicate South
Thunder Bay (Ontario) P7E 1E3
Tél. : (807) 622-6449 Fax : (807) 473-3046

Directeur
Laboratoire de santé publique
de Sault Sainte-Marie
C.P. 220
Sault Sainte-Marie (Ontario) P6A 5L6
Tél. : (705) 254-7132 Fax : (705) 945-6873

Manitoba
Directeur
Laboratoire provincial Cadham
750, avenue William, C.P. 8450
Winnipeg (Manitoba) R3C 3Y1
Tél. : (204) 945-6123 Fax : (204) 786-4770

Saskatchewan
Director
Provincial Laboratory
Saskatchewan Health
3211 Albert Street
Regina (Saskatchewan) S4S 5W6
Tél. : (306) 787-3129 Fax : (306) 787-1525

Alberta
Director
Provincial Laboratory of Public Health
for Northern Alberta
University of Alberta Hospital
8440 - 112 Street, Room 1B114
Walter MacKenzie Centre
Edmonton (Alberta) T6J 2J2
Tél. : (780) 492-8903 Fax : (780) 439-9442

Director
Provincial Laboratory of Public Health
for Southern Alberta
3030 Hospital Drive N.W., P.O. Box 2490
Calgary (Alberta) T2P 2M7
Tél: (403) 670-1201 Fax : (403) 270-2216

Colombie-Britannique
Director
Provincial Laboratory
BC Centre for Disease Control Society
655 West 12th Avenue
Vancouver (British Columbia) V5Z 4R4
Tél. : (604) 660-6032 Fax : (604) 660-0403